

МВД России
Санкт-Петербургский университет

Ю. Ю. Стрельникова, М. Г. Барина, М. В. Прякина

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
(РАЗВИТИЕ, КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ)**

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2023

УДК 159.923

ББК 88.3

С84

Стрельникова Ю. Ю., Барина М. Г., Пряхина М. В.

С84 Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация) :
учебное пособие / Ю. Ю. Стрельникова, М. Г. Барина, М. В. Пряхина —
Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2023. — 180 с.

Авторский коллектив:

Стрельникова Ю. Ю. (введ., т. 3, 4, 6);

Барина М. Г. (т. 1, 2, закл.);

Пряхина М. В. (т. 5)

ISBN 978-5-91837-733-8

EDN VXQXTV

Учебное пособие соответствует программе дисциплины «Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация)». В содержании представлены основные направления, формы и методы психологической интервенции, а также программы развития личностного потенциала, психологической помощи при нормативных и ненормативных кризисах, нарушениях психологической адаптации. Особое внимание уделено психологической коррекции сотрудников органов внутренних дел, нуждающихся в повышенном психолого-педагогическом внимании и психологической реабилитации после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях.

Предназначено для обучающихся по специальности: 37.05.02 «Психология служебной деятельности», может представлять интерес для психологов и сотрудников подразделений по работе с личным составом органов внутренних дел.

УДК 159.923

ББК 88.3

Рецензенты:

Мальцева Т. В., кандидат психологических наук, доцент
(Академия управления МВД России);

Павлова С. А., кандидат психологических наук, доцент
(Краснодарский университет МВД России)

ISBN 978-5-91837-733-8

© Санкт-Петербургский университет
МВД России, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ТЕМА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ (РАЗВИТИЕ, КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ) КАК НАПРАВЛЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	6
1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической интервенции	6
1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи	20
1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи	23
ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ЗАРУБЕЖНОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ	31
2.1. Психоаналитический подход	31
2.2. Когнитивно-поведенческое направление	45
2.3. Экзистенциально-гуманистическое направление и патогенетический подход.....	54
2.4. Методы психологической коррекции и реабилитации	60
ТЕМА 3. ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	65
3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации.....	65
3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции	68
3.3. Специфика групповой формы психокоррекции	78
ТЕМА 4. ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ.....	84
4.1. Понятие «личностного потенциала». Развитие личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел.....	84
4.2. Понятие психологического кризиса, роль ресурсов личности в преодолении кризисных ситуаций	92
4.3. Программа психологической помощи при нормативных кризисах	99
ТЕМА 5. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ.....	109
5.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел.....	109
5.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании	121
5.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел	126
5.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел.....	132

ТЕМА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	
СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ.....	140
6.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.....	140
6.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел.....	158
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	176
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	177

ВВЕДЕНИЕ

Освоение учебной дисциплины «Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация)» является важным этапом становления психолога органов внутренних дел. Данная дисциплина позволяет систематизировать знания, полученные на всех курсах обучения с позиции различных направлений психологии. В процессе освоения дисциплины, реализующей целостный подход к человеку, обсуждаются современные взгляды на причины и варианты психологических последствий как повседневной служебной деятельности, так и деятельности в особых условиях, а также методы восстановления здоровья у сотрудников органов внутренних дел.

Дидактическая направленность учебного пособия определила его структуру и основное содержание. Учебное пособие состоит из шести тем в соответствии с рабочей программой дисциплины «Психологическая интервенция (развитие, коррекция и реабилитация)»: основные понятия, цели, задачи, направления психокоррекции и реабилитации в зарубежной и отечественной практике; классификация основных видов, форм и методов психокоррекции и реабилитации; программы развития личностного потенциала, психологической помощи при нормативных и ненормативных кризисах; виды нарушений психологической адаптации, негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел, психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании, психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел и психокоррекция семейно-бытовых отношений, особенности реабилитационной работы с сотрудниками органов внутренних дел. В конце каждой темы приводятся вопросы для самоконтроля знаний обучающихся.

Данное пособие ставит целью углубление знаний, приобретенных на лекциях, а также развитие профессиональных компетенций, связанных с психокоррекционной и реабилитационной деятельностью психологов органов внутренних дел. Применение практических навыков психологической коррекции и реабилитации требует не только освоения теоретических знаний в данной области, но и жизненного опыта.

ТЕМА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ (РАЗВИТИЕ, КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ) КАК НАПРАВЛЕНИЕ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

- 1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической интервенции.
- 1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи.
- 1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи.

1.1. Основные понятия, цели, задачи и принципы психологической интервенции

Каждый в своей жизни встречается с вопросами, связанными с психологией. Человек по своей природе стремится к постоянству, но современный мир постоянно изменяется, и для того, чтобы просто поддерживать свое здоровье, как физическое, так и психическое, все большему количеству людей требуется помощь специалиста. С проблемами физического здоровья мы идем к врачу, а психологические проблемы не всегда осознаются, но также часто встречаются. Специалистами в решении психологических проблем, изучении психической деятельности человека, повышении адаптационного потенциала, во взаимосвязи с окружающим миром являются психологи.

Всем известно, что легче предотвратить, предупредить развитие проблемы, чем потом её решать. Необходимо заботиться о своем психологическом здоровье, и, по возможности о психологическом здоровье окружающих. Забота о психологическом здоровье говорит о психологической культуре. А. А. Осипова¹ выделяет три составляющих психологической культуры:

1. Самопознание и самооценку.
2. Познание других людей.
3. Умение управлять своим поведением, эмоциями, общением.

Большинству достаточен небольшой толчок в виде лекций или одной-двух консультаций специалиста-психолога. Однако в иных ситуациях требуется долговременная и/или специализированная психологическая поддержка.

¹ Осипова А. А. Общая психокоррекция : учебное пособие. — М. : Сфера, 2002. С. 2.

Термин «психологическая интервенция» более распространен в англоязычной литературе, некоторые русскоязычные авторы¹ не разделяют понятия «психологическая интервенция» и «психологическая коррекция», хотя англоязычные авторы² считают взаимозаменяемыми понятия «психотерапия» и «психологическая интервенция».

Понятие «интервенция» в психологии подразумевает «вмешательство», т. е. какие-либо действия, способствующие изменению человека. М. Перре и У. Бауманн под интервенцией понимают «психотерапевтическое воздействие с определенными целями, достигаемыми посредством специальных средств и методов воздействия»³. Психологическая интервенция заключается в любых действиях, способствующих изменению поведения, мышления и эмоционального состояния человека.

Понятие интервенции в медицине (в интерпретации М. Перре и У. Бауманна) включает в себя четыре группы воздействия: медикаментозную (фармакотерапия), хирургическую, физикальную (физиотерапия) и психологическую (психотерапия).

Психологическая интервенция — это вид психологического воздействия в соответствии с поставленными целями и выбранными средствами, т. е. методами. Б. Д. Карвасарский считает понятие психологической интервенции более общим, чем понятие психотерапии или психотерапевтической интервенции, т. к. кроме лечения (терапии) в нее еще входят развитие, профилактика и реабилитация.

Целью психологической интервенции являются позитивные изменения клиента, полноценное развитие и функционирование личности с помощью психологических средств. Цели должны быть связаны с теоретической основой: могут быть как более общими и отдаленными, например, гармонизация личности или самоактуализация, так и вполне конкретными, например, преодоление страха высоты или развитие коммуникативных навыков. В зависимости от целей формулируются задачи психологической интервенции.

¹ Корабельникова И. А. и др. Патогенетические особенности эндотоксикоза после психологической интервенции // Международный журнал медицины и психологии. — Махачкала, 2020. Т. 3. № 4. С. 140–146.

² Психологические интервенции в лечении анорексии: современные вызовы // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 1. С. 184—191. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290111>.

³ Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб. : Питер, 2012. — С. 32 (944 с).

В общем виде психологическая интервенция предполагает вмешательство в целях оказания влияния на процесс или результат. Психологическая интервенция может быть психолого-педагогической, организационно-психологической и клинико-психологической.

Психологическая интервенция осуществляется в рамках различных теоретических подходов. Можно выделить следующие принципы, которые характеризуются:

- 1) выбором методов и средств;
- 2) разнообразием функций (развитие, коррекция, реабилитация);
- 3) целью (достижение позитивных изменений);
- 4) теоретической обоснованностью;
- 5) эффективностью (эмпирическая проверка);
- 6) профессиональными действиями.

Разнообразны методы психологической интервенции, психологические средства воздействия, которые могут быть вербальными, невербальными, ориентированными на эмоциональные, когнитивные или поведенческие особенности личности клиента.

Специфика психологических вмешательств состоит в том, что все психологические методы воздействия реализуются только в контексте взаимодействия между психологом и респондентом, т. е. человеком, которому требуется помощь.

Психологическая коррекция (психокоррекция) — один из видов психологической помощи, деятельность, направленная на исправление особенностей психологического развития с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.

Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 70-х годов прошлого века в Советском Союзе, когда психологи начали овладевать методами психотерапии, в том числе групповой. 1980–1990 годы характеризует повышенный интерес к психологии, именно тогда начался обмен опытом зарубежных и советских специалистов в области психологии. В Московский и Ленинградский университеты приезжали известные психологи для чтения лекций: В. Сатир, Дж. Рейнуотер, В. Франкл, К. Роджерс и др. Примерно в это же время стали появляться службы социально-психологической помощи и телефоны доверия, издавалась и пользовалась большим спросом специализированная литература (издательство «Питер» было ос-

новано в 1991 году, в 1995 году оно начало издавать переводную специализированную медицинскую и психологическую литературу). После открытия в вузах факультетов психологии, где готовили профессиональных специалистов-психологов, появилось множество курсов на базе второго высшего образования по кратковременной подготовке психологов. Возникла необходимость разграничения действий психологов и врачей-психиатров. Врачи используют термин «психотерапия», а психологи — «психокоррекция». На сегодняшний день нет четкого разграничения понятий «психотерапия» и «психокоррекция», например, М. М. Решетников пишет: «Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт — это исходно врач-психиатр, игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России... В большинстве случаев цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими): "разрешение внутри— и межличностных конфликтов", "оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности", "повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение", "расширение временной перспективы", "улучшение социального самочувствия и социальной адаптации" и т. д. и т. п. ... Психотерапия — это медицинская специальность, которой в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку. Психологам теми же актами предписано заниматься только "психологическим консультированием", но ни в коем случае не психотерапией, хотя в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же — не с точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) — нет»¹. К. М. Шипкова и Т. Е. Аханькова¹ поня-

¹ Решетников М. М. Избранные статьи в двух томах. Том I. Современная психотерапия. — СПб.: Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2020. С. 18–26 (416 с.).

тия «психотерапевтическая помощь» и «психологическая терапия» используют как синонимы, а И.В. Хяникяйнен с соавторами² не разделяет понятия «персонализированная психотерапия» и «персонализированная психокоррекция».

Термин «психотерапия» обязан своим появлением медицине, коррекция — дефектологии, дошкольному и школьному образованию, интервенция — возрастной психологии и системе образования и воспитания.

Рассмотрим некоторые определения термина «психотерапия» по мнению различных авторов:

— по определению С. Кратохвила, одного из основоположников групповой психотерапии, «психотерапия — это целенаправленная коррекция расстройств функций организма психологическими средствами»³;

— по определению современного национального руководства по психиатрии «психотерапия представляется особым видом клинко-психологического вмешательства и межличностного взаимодействия, характеризующегося оказанием помощи с применением психологических средств»⁴.

— А. В. Петровский и М. Г. Ярошевский дают такое определение психотерапии: «Психотерапия — комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание

¹ Шипкова К. М. Аханькова Т. Е. Эпидемиология и комплексный подход к лечению детей с нарушениями развития речи // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению : сборник тезисов. — СПб. : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2021. С. 566–567.

² Хяникяйнен И. В., Буркин М. М., Молчанова Е. В. Социально-трудовая адаптация, системная психодиагностика, персонализированная психотерапия у пожилых лиц с мультиморбидной патологией в Республике Карелия // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению : сборник тезисов. — СПб. : Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2021. С. 810–812.

³ Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов. 3-е изд., перераб. — СПб. : Питер, 2007. С. 16.

⁴ Карвасарский Б. Д., Незнанов Н. Г. Психотерапия // Психиатрия. Национальное руководство. — М., 2009. С. 828–863.

человека при многих психических, нервных и психосоматических расстройствах»¹.

Известно, что и в психотерапии, и в психологической интервенции, и в психологической коррекции важны одинаковые личностные характеристики специалиста; предъявляются достаточно жесткие требования к уровню образования, профессиональным навыкам; используются одинаковые теории; психологическая помощь осуществляется через непосредственное взаимодействие между специалистом и клиентом/клиентами. Это демонстрирует схожесть психотерапии, психологической интервенции и психокоррекции. Также известно, что термин «психотерапия» (psyhoterapy) используется во многих языках и обозначает профессиональную помощь психолога.

Психологическую помощь осуществляет специалист, имеющий психологическое образование, владеющий знаниями в области психодиагностики, психокоррекции, психотерапии, психологического консультирования, клинической психологии и др.

Р. А. Кочюнас обращает внимание на требования, предъявляемые к личности психолога:

«1. Проявление глубокого интереса к людям, следствием чего является терпение в общении с ними.

2. Чувствительность к установкам и поведению других людей, способность отождествляться с самыми разными людьми.

3. Эмоциональная стабильность и объективность.

4. Аутентичность.

5. Открытость собственному опыту. Означает искренность в восприятии собственных чувств. Необходимо замечать свои чувства, в том числе и отрицательные, не вытеснять их.

6. Развитое самопознание, чему способствует умение слышать то, что творится внутри нас.

7. Сильная идентичность. Идентичность — сложная динамическая структура, формирующаяся и развивающаяся на протяжении всей жизни человека. Единицей этой структуры является самоопределение — некоторое решение относительно себя, своей жизни, своих ценностей, принятое в результате интериоризации родительских ожиданий или в результате преодоления кризиса идентичности.

¹ Петровский А. В., Ярошевский М. Г. История и теория психологии: в 2 т. — Ростов-на-Дону : Изд-во «Феникс», 1996. Т. 2. С. 120 (416 с).

8. Толерантность к неопределенности. Психолог должен уметь без значительного дискомфорта переносить ситуации неопределенности. Это достигается через:

- а) уверенность в своей интуиции и адекватности чувств;
- б) убежденность в правильности принимаемых решений;
- в) способность рисковать.

Все эти качества приобретаются по мере личного и профессионального опыта.

9. Принятие личной ответственности. Критика не должна вызывать механизмов психологической защиты, а способствовать полезной обратной связи, улучшающей эффективность деятельности.

10. Стремление к глубине межличностных отношений.

Обычно этому препятствуют: страх потерять свободу, быть более уязвимым, страх непринятия другим положительных чувств, отклонение их. Для того, чтобы эти факторы не мешали стремлению к развитию глубоких межличностных отношений, в среде, где живет психолог, необходимо стараться создавать такую атмосферу, чтобы люди избегали осуждения, "наклеивания ярлыков".

11. Постановка реалистичных целей. Правильная оценка собственных возможностей позволяет ставить перед собой лишь достижимые цели. Следует не винить себя за ошибки, а делать полезные выводы»¹.

Оказание психологической помощи, психокоррекционных и реабилитационных мероприятий «требует от психолога теоретической, практической и личностной готовности. Психолог должен иметь базовую подготовку в области психологии и специальную подготовку в осуществлении на практике конкретных методов коррекционного воздействия. Профессиональная готовность предполагает знание теоретических основ психологии, кроме того, психолог должен владеть конкретными методами и методиками коррекции и реабилитации.

Важную роль играет личностный компонент, который выражается в профессиональной мотивации, профессиональном творчестве, способности самостоятельно планировать и решать профессиональные задачи, умении справляться как с внешними, так и внутренними препятствиями в профессиональной деятельности, способности самостоятельно осваивать новые профессиональные умения и т. д.

Выделим профессионально значимые качества психолога:

¹ Кочюнас Р. А. Основы психологического консультирования / пер. с лит. — М. : Академический проект, 1999. С. 24–26 (239 с.).

- профессиональная деятельность психолога определяется актуальным уровнем развития и потенциальными возможностями клиента;
- устанавливает доверительные отношения с клиентом;
- не высказывает оценочных суждений, принимает клиента и ситуацию его развития такой, какая она есть;
- дает конструктивную обратную связь;
- осознает важность исследования индивидуально-психологических особенностей;
- хранит профессиональные тайны;
- открыт к сотрудничеству с другими специалистами, с врачами и родственниками;
- объективно оценивает свои возможности и границы компетентности;
- уважает клиента и т. д.

Таким образом, осуществление психокоррекционных действий должно осуществляться при условии высокой профессиональной компетенции, должного уровня личностного развития, творческой активности психолога»¹.

В психологической помощи необходим индивидуальный подход к клиенту, который должен зависеть от его возрастных, профессиональных, личностных, ситуационных и других особенностей. Невозможно составить четко структурированную программу психологической коррекции и применять к разным людям, находящимся в похожих ситуациях.

В соответствии с общепринятыми подходами разработаны стандарты, способствующие лучшему оказанию психологической помощи при наиболее распространенных «проблемах». Разработан и утвержден профессиональный стандарт психолога-консультанта². В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного

¹ Седова А. С. и др. Требования к психологу, осуществляющему психолого-коррекционные мероприятия // Гуманитарные научные исследования. 2019. № 12. URL: <https://human.snauka.ru/2019/12/26238>.

² Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.09.2022 № 537н «Об утверждении профессионального стандарта "Психолог-консультант"» (зарегистрирован 14.10.2022 № 70506).

центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 16 февраля 2022 г.) психолог не может называть себя психотерапевтом, если не имеет медицинского образования.

Таким образом, психолог, получивший высшее образование по специальности 37.05.02 «Психология служебной деятельности» может проводить психологическую коррекцию или психологическую интервенцию, но не может называть себя психотерапевтом и, соответственно, проводить психотерапию.

У клинических психологов пока есть только проект приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинский психолог"» (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018)¹, где психологическая помощь обозначается как психологическая интервенция, куда включаются психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическая реабилитация и др.

Психологическая коррекция применяется для решения проблем клиента, не связанных с органическими нарушениями, направлена на изменения поведения или развитие личности с помощью специальных средств психологического воздействия.

Можно выделить специфические особенности психокоррекционного процесса:

- ориентирован на психически здорового человека;
- основывается на здоровых сторонах личности;
- направлен на настоящее и будущее клиентов;
- направлен на среднесрочную помощь;
- направлен на изменение поведения и развитие личности клиента.

Психологическая коррекция своими целями видит: изменение неадаптивного поведения, повышение адаптивных возможностей личности, избавление от недостатков в развитии личности.

Существуют правила формулирования целей психокоррекционной работы:

- формулировка целей должна быть позитивной, а не негативной, т. е. цель достичь чего-то, а не отказаться от чего-то, нельзя ничего запрещать и ограничивать клиента;

¹ URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56675274/>.

— необходимо выдвигать реальные цели, которые можно достичь в результате психологической коррекции, а результаты можно сразу реализовать на практике;

— в процессе коррекции стоит учитывать возможности развития личности, которые могут отражаться на взаимодействии с другими людьми и на процессе практической деятельности.

Эффективность коррекционной работы можно наблюдать достаточно длительное время, начиная от процесса коррекции, ее завершения и примерно через полгода можно узнать о закреплении или потере положительных результатов деятельности специалиста.

В качестве принципов психологической коррекции А. А. Осипова¹ выделяет следующие:

1. Принцип единства диагностики и коррекции подразумевает, что уже во время психологической диагностики происходит коррекция, как минимум клиент высказывается, тем самым освобождаясь от сильных эмоций. Эффективность коррекции коррелирует с точностью диагностики — при правильной диагностике психолог акцентирует внимание на проблемных вопросах. Основываясь на результатах диагностики, психолог, совместно с клиентом, формулирует цели и задачи коррекции, а во время проведения коррекционной работы необходима промежуточная диагностика, которая позволяет более точно изменить методы и средства, а также коррекционную программу.

2. Принцип системности развития психологической деятельности подразумевает системность как функцию мозга, как регулятор поведения, деятельности и общения. Психика представляет собой организованную систему, при изменении (коррекции) одной ее части, изменяются и другие части, например, при изменении эмоциональной сферы изменяется поведение, мотивация и др. компоненты.

3. Деятельностный принцип коррекции означает, что при коррекции необходимо ориентироваться на деятельность, которую осуществляет клиент. Коррекционные задания необходимо связать с деятельностью, важно помнить, что коррекция — это целостная осмысленная деятельность и желательно, чтобы она естественно вписалась в систему ежедневных взаимодействий клиента. При работе с детьми используется понятие «ведущая деятельность».

4. Принцип нормативности развития больше относится к детскому возрасту и связан с понятием «психологический возраст», вве-

¹ Осипова А. А. Указ. соч. С. 9.

денным Л. С. Выготским, и возрастной нормой, также при проведении коррекции стоит ориентироваться на индивидуальную норму.

Индивидуальная норма, по С. Л. Соловьевой, предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не физиологическим или предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека¹.

5. Принцип коррекции «сверху вниз» также связан с именем Л. С. Выготского и «зоной ближайшего развития» ребенка, ориентирован на формирование психологических особенностей, которые должны быть сформированы в данном возрасте или которые сформируются в ближайшее время.

6. Принцип коррекции «снизу вверх» означает совершенствование имеющихся психологических способностей, адаптивных моделей поведения, которые в дальнейшем способствуют формированию новых образований. Данный принцип подразумевает подкрепление имеющихся форм поведения, способствующих адаптации, и на их основе построение новых, более адаптированных.

Таким образом, психологическая коррекция предполагает оказание психологической помощи психически здоровым людям, находящимся в сложных ситуациях или не могущим справиться с имеющимися проблемами, способствует повышению адаптации и гармонизации взаимоотношений с окружающими.

Реабилитация (от лат. «re-» вновь, «habilis» приспособленный) — это комплекс координированно проводимых мероприятий социально-правового, медицинского и психологического характера, нацеленных на предупреждение и максимально возможную компенсацию (или восстановление) утраченных функций организма, психофизического здоровья, трудоспособности и адаптивности человека в социальной среде².

¹ Соловьева С. Л., Николаев В. И. Индивидуальная норма как критерий оценки реакции на стресс // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2014. № 2. С. 97–100.

² Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс] // URL: https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia/ (дата обращения: 14.03.2021).

Под медицинской реабилитацией понимают максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности. В соответствии со статьей 9 федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020) абилитацией называется система и процесс формирования отсутствовавших способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Если кратко, то реабилитация — это восстановление утраченного, а абилитация — это формирование нового.

Поговорим немного о реабилитационной помощи. Развитие реабилитации связано с развитием медицины во время первой и второй мировых войн, когда солдаты после ранений и заболеваний не могли жить так, как раньше, им требовалась адаптация к новым условиям жизни.

Реабилитация и абилитация, по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) — это процессы, направленные на обеспечение того, чтобы инвалиды смогли достигнуть и поддерживать оптимальный уровень физического, сенсорного, интеллектуального, психологического и/или социального функционирования. Реабилитация охватывает широкий диапазон деятельности, включая реабилитационную медицинскую помощь, физиотерапию, психотерапию, логопедию и эрготерапию, а также вспомогательные услуги¹.

Целью реабилитации является возвращение человека в общество, максимально возможное в условиях данного заболевания или его последствия, либо врожденной аномалии.

Существует несколько направлений реабилитации: медицинская, физическая, психологическая, социальная, профессиональная, педагогическая, трудовая. В контексте данного пособия мы рассмотрим психологический аспект, который состоит в положительном изменении психического состояния и формировании адекватных отношений к самому себе, к другим людям и к окружающему миру.

Задачей психологической реабилитации является восстановление функциональных возможностей и развитие компенсаторных ме-

¹ Электронный ресурс // URL: <https://www.who.int/disabilities/care/activities/ru/> (дата обращения: 24.03.2022).

ханизмов в соответствии с изменившимися условиями, а также профилактика психических нарушений.

Среди основных принципов реабилитации выделяют следующие:

- раннее начало;
- применение различных мероприятий;
- индивидуальный подход;
- постепенность;
- постоянство и взаимосвязь различных мероприятий;
- направленность на общество;
- адекватность программы реабилитации (диагностика).

Реабилитация, как направление современной медицины, должна быть индивидуально направленной, основываться на психологических особенностях реабилитируемого.

Психическое здоровье, по определению ВОЗ, — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества¹.

В литературе встречаются термины «психическое здоровье» и «психологическое здоровье», первый больше относится к психиатрии и связан с отдельными психическими процессами, всемирный день психического здоровья отмечается 10 октября. Психологическое здоровье включает в себя и психическое здоровье и обеспечивает адаптацию личности, делает ее самодостаточной. В иностранной литературе понятие «Psychological Health» чаще всего на русский язык переводят как психическое здоровье, хотя именно о психологическом здоровье рассуждает К. Роджерс, А. Эллис, А. Маслоу и др. В русскоязычной литературе данный термин введен и разработан И. В. Дубровиной² в педагогической психологии.

Психологически здоровый человек должен быть здоров физически и психически, кроме того, он должен быть оптимистом, познающим себя и окружающий мир, обладать адекватной самооценкой,

¹ Электронный ресурс // URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения: 24.03.2022).

² Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И. В. Дубровиной. 4-е изд. — Екатеринбург : Деловая книга, 2000. С. 4.

стремиться постоянно развиваться, находиться в гармонии с собой и окружающим миром.

Сегодня в литературе существует несколько подходов к психологическому здоровью:

— психологическое и психическое здоровье употребляются как синонимы;

— психологическое здоровье как синоним социально-психологической адаптации и субъективного благополучия;

— психологическое здоровье как аналог самоактуализации и личностной зрелости.

Психологическое здоровье может быть критерием внутренней свободы, так называемой «свободы для», в отличие от «свободы от». Внутренняя свобода характеризуется независимостью, самодостаточностью, гармонией с внутренним и внешним миром. И. И. Галецкая¹ считает необходимым выделить двухфакторную структуру психического здоровья: структурно-процессуальное психическое здоровье и психологическое здоровье. Первый компонент связан с психическими процессами, с когнитивной и эмоционально-волевой сферами. Второй компонент является интегральным состоянием взаимосвязи физических, психологических, культурных, социальных и духовных факторов, образующих психологическое благополучие.

К основным критериям психического здоровья относятся:

1. Отсутствие нарушений психических функций.

2. Причинная обусловленность психических явлений, их адекватность (соответствие силе и частоте) внешних раздражителей, в том числе и социальных.

3. Чувство постоянства и идентичности переживаний в одинаковых ситуациях.

4. Максимальное соответствие субъективных образов реальным объектам.

Психическое и психологическое здоровье понятия не статические, а динамические.

В. А. Ананьев описывает уровни психологического здоровья:

1. Креативный уровень характеризуется устойчивой адаптацией в любых условиях, возможностью преодоления стрессовых ситуаций, креативным подходом к действительности.

¹ Галецкая И. И. Общая характеристика психологического здоровья и его основных критериев // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2015. № 2 (6). С. 66–69.

2. Адаптивный уровень характеризуется адаптацией к социуму, но возможны проявления дезадаптации, повышенной тревожности.

3. Дезадаптивный (или ассимилятивно-аккомодативный) уровень характеризуется неспособностью к адаптивному взаимодействию с окружающими или проявлением тотальной зависимости от факторов внешней среды, часть испытывают сильные эмоциональные перегрузки¹.

Психологическое здоровье включает в себя психическое здоровье, способствует самоактуализации личности и означает адекватное восприятие внешнего мира, самого себя и осознанную потребность в саморазвитии. На противоположном полюсе от психологического здоровья находится психологическая и психическая дезадаптация (подробнее о вариантах дезадаптации нормативного и патологического диапазона изложено в темах 5, 6 данного учебного пособия).

Таким образом, психологическая интервенция подразумевает вмешательство, имеющее определенные цели и средства, и осуществляется во взаимодействии между психологом и клиентом, способствует изменению поведения, мышления и эмоционального состояния человека.

1.2. Виды и модели психокоррекционной помощи

Психологическая коррекция способствует повышению адаптационного потенциала здорового человека. Коррекции поддаются недостатки, не имеющие органической основы. Существует множество видов психокоррекции.

Рассмотрим классификацию, выделенную А. А. Осиповой².

1. По направленности психологического воздействия выделяют:

— симптоматическую психокоррекцию, направленную на избавление или облегчение острых (и не только) симптомов; возможна как необходимый этап перед каузальной;

— каузальную или причинную (от англ. cause — причина), направленную на источники и причины отклонений.

2. По ориентации:

— психокоррекцию когнитивной направленности;

— личностную;

¹ Ананьев В. А. Концептуальные основы психологии здоровья. — СПб. : Речь, 2006. — С. 50.

² Осипова А. А. Указ. соч. С. 7–9.

- эмоционально-волевою;
- поведенческую;
- межличностную: групповую и детско-родительских отношений.

3. По количеству взаимодействий:

- индивидуальную;
- групповую: в закрытой естественной группе (семья, коллеги), в открытой группе (одинаковые проблемы клиентов);
- смешанную.

4. По наличию программ:

- программированную;
- импровизированную.

5. По характеру управления:

- директивную;
- демократическую.

6. По продолжительности:

- сверхкороткую (сверхбыструю) — минуты-часы;
- короткую (быструю) — часы-дни;
- длительную — месяцы;
- сверхдлительную — годы.

7. По диапазону решаемых задач:

- общую — общекоррекционные мероприятия, гармонизирующие микросреду;
- частную — специально разработанные психокоррекционные программы, приемы и методики;
- специальную — мероприятия, направленные на исправление проблем адаптации, связанных с последствиями неправильного воспитания (детские дома, агрессивность, асоциальность и др.).

Психокоррекционная работа предъявляет особые требования к личности психолога. Кроме базовой психологической подготовки необходимы:

- теоретическая подготовка — знание основных теорий, лежащих в основе психологической коррекции;
- практическая подготовка — умение применять психокоррекционные методы и методики, составлять психокоррекционные программы;
- личностная готовность — у психолога не должно быть проблем, аналогичных клиенту, он должен уметь создать условия, необходимые для самореализации и самоактуализации клиента, что можно достичь при конгруэнтности, положительном восприятии клиента,

эмпатии. Проработанность личностных проблем психолога поможет не только расширить диапазон возможностей, но и занять наиболее адекватную позицию по отношению к клиенту. Личностная готовность позволяет психологу рассматривать проблемы клиента независимо от собственных взглядов.

Модели психологической коррекции базируются на многочисленных теоретических направлениях, отечественные модели основываются на трудах Л. С. Выготского, А. А. Осиповой, Ж. В. Бурминской, А. С. Спиваковской, И. И. Мамайчук и др. Зарубежные модели подразделяются на психодинамические (А. Адлер, К. Г. Юнг, З. Фрейд и др.), поведенческие (Д. Уотсон, Б. Скиннер, А. Бандура и др.), когнитивные (Л. Фестингер, У. Найссер, Дж. Келли и др.), экзистенциальные (Д. Бюджентал, Р. Мэй, В. Франкл и др.) и другие.

Отечественная психологическая коррекция основана на патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева и личностно-ориентированной психотерапии. Целью является осознание клиентом нарушенных личностных отношений, за счет осознания происходит разрешение психотравмирующей ситуации.

Психодинамическая модель ориентируется на понятие конфликта, который считается причиной нарушений поведения и эмоций. Психологическая коррекция способствует разрешению конфликтов, основной задачей психоанализа является осознание конфликтной ситуации, основанной на бессознательных влечениях. Предполагается, что осознание бессознательных влечений и конфликтной ситуации способствует разрешению конфликтов и развитию личностного «Я».

Поведенческая модель направлена на управление поведением с помощью изменения окружения или реакции на него. Психологическая коррекция направлена на выработку нового адаптивного поведения или избавление от дезадаптивного.

Когнитивная модель психокоррекции основана на познавательных компонентах и личностных конструктах. Рассматривая личность как интеграцию познавательных структур, которая влияет на взаимоотношения с внешним и внутренним миром, психологическая коррекция направлена на исправление ошибочной переработки информации и изменение неадаптивных убеждений.

Таким образом, психокоррекционная помощь может быть основана на различных теоретических моделях, но при этом она направлена на повышение адаптации клиента и избавление от неадаптивного поведения и эмоциональных реакций.

1.3. Виды и принципы реабилитационной помощи

Выделяют следующие виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление здоровья больного.

2. Физическая реабилитация подразумевает включение различных физических и физиологических процедур — лечебная физкультура (ЛФК), массаж, физиотерапия, природные факторы и др.

3. Психологическая реабилитация способствует восстановлению социальной и профессиональной активности, а также нормализации эмоционального состояния.

4. Социально-бытовая реабилитация предусматривает восстановление навыков бытового самообслуживания.

5. Трудовая (профессиональная) реабилитация — это подготовка и обучение клиента определенной трудовой деятельности, учитывая индивидуальные особенности.

Реабилитационные мероприятия необходимо проводить на основе системного подхода, учитывая, что конечной целью реабилитации является повышение качества жизни. В последнее время ученые говорят о психосоциальной реабилитации¹, которая строится на основе системного подхода и основывается на биопсихосоциальной модели заболевания. Биопсихосоциальная модель основана на концепции В. М. Бехтерева о комплексном подходе, где человек рассматривается как многоуровневая, иерархически организованная система, целостность которой обеспечивает переход от низкого к более высокому и сложному уровню. Течение любого заболевания связано с адапционно-компенсаторными процессами, об этом говорит адаптационная концепция заболевания. В теории функциональных систем считается, что ведущим системообразующим фактором является полезный для системы и организма приспособительный результат. Дальнейшая разработка этого направления в медицине вылилась в так называемый функциональный диагноз, в который входят биологический, психологический и социальный аспекты, тесно взаимосвязанные между собой. Анализируя все аспекты и параметры функционального диагно-

¹ См.: Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты / сост. Н. М. Залуцкая; под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб. : СпецЛит, 2017. — 600 с.

за, можно создать программу реабилитации в рамках биопсихосоциального подхода.

Психологический аспект включает в себя оценку психологических особенностей, связанных с психологической адаптацией к заболеванию и возникшим обстоятельствам, а также с характеристиками социальной ситуации, в которой оказался человек.

Постановка функционального диагноза, являющегося частью клинического диагноза, способствует более точной оценке адаптивно-компенсаторных особенностей, возможности устранения факторов, мешающих или снижающих адаптацию, целенаправленной адаптации в социальной среде — семья, рабочий коллектив, быт.

М. М. Кабанов¹ разработал принципы реабилитации:

1. Обращение к личности. В психологии известно, что помочь человеку можно, только если он этого хочет, соответственно психологу необходимо помочь найти цель, к которой человек будет стремиться.

2. Разносторонность усилий подчеркивает важность и необходимость разных воздействий: биологических, физиологических, психологических, социальных.

3. Единство биологических и психосоциальных воздействий. Данный принцип говорит о комплексности помощи человеку: один врач сделает гораздо меньше, чем совместное воздействие врача, психолога, социального окружения.

4. Последовательность включает в себя постепенный переход от простого к сложному, от медицинских способов помощи к психологическим, психокоррекционным, от индивидуальной психотерапии к групповой и т. д. Также более или менее длительный перерыв в реабилитации может отменить эффективность предыдущих мероприятий.

Психологическая реабилитация включает в себя ряд этапов: оценку реабилитационного потенциала, анализ возможностей и условий проведения реабилитации, выдвижение целей и задач, подготовку методов и средств реабилитации.

Выделяются методы психологической реабилитации:

1. Психологическая консультация — способствует выявлению проблем и условий, мешающих самореализации, самоактуализации личности.

Психологическая консультация в рамках реабилитации подразделяется на несколько блоков:

¹ Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. — Ленинград : Медицина, 1985. С 57.

- психодиагностика,
- психокоррекция,
- психотерапия.

2. Психотерапия — заключается в избавлении от имеющихся симптомов и формировании позитивного отношения к социуму и к самому себе.

В психотерапии используются следующие техники:

- арт-терапия,
- гипнотерапия,
- гештальт-терапия,
- когнитивная психотерапия,
- поведенческая психотерапия и др.

3. Психологическая коррекция — ставит своей целью повышение адаптационного потенциала личности.

4. Социально-психологический тренинг — направлен на восстановление, развитие и совершенствование установок, навыков и знаний межличностного взаимодействия.

Средствами реабилитации считают все, что может помочь достичь главной цели реабилитации — повышение адаптационного потенциала человека.

Среди них можно выделить:

- средства активной реабилитации — трудотерапия, активные физические упражнения, лечебная физкультура;
- средства пассивной реабилитации — физиотерапия, фармакотерапия, фитотерапия;
- средства психологической реабилитации.

Индивидуальная программа реабилитации может включать множество средств в зависимости от особенностей нарушений, выраженности симптомов или последствий.

Кроме средств реабилитации можно говорить и о реабилитационной среде, т. е. об особых условиях, создаваемых индивидуально и имеющих свои особенности в зависимости от особенностей нарушения.

Реабилитационная среда состоит из следующих компонентов:

- организационные — специализированные центры, учреждения, организации, направленные на создание оптимальных условий для реабилитации;

— функциональные — применяются для восстановления нарушенных функций; выделяют медицинское, психологическое, социальное, профессиональное и другие факторы восстановления.

Для человека или для группы, которой требуется реабилитация, составляется оригинальная программа реабилитации. В соответствии со статьей 11 федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» индивидуальная программа реабилитации (ИПР) или абилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности¹.

Реабилитация является необходимым компонентом любого тяжелого или длительно протекающего заболевания или нарушения. Соматические заболевания и травмы, соматические и психические, могут сопровождаться психическими нарушениями, затрудняющими процесс восстановления и ухудшающими качество жизни. Психические нарушения и негативные психологические изменения часто сопровождаются эмоциональными нарушениями, которые только утяжеляют процесс выздоровления.

Заболевание, нарушения физического или психического здоровья ограничивают процесс самореализации, рост личности.

Психологическая реабилитация способна решать следующие задачи:

1. Нормализацию эмоционального состояния.
2. Восстановление психологического здоровья и предупреждение состояний дезадаптации.
3. Формирование позитивной Я-концепции.
4. Гармонизацию межличностных взаимоотношений и взаимодействий с окружающим миром.

В работе психолога органов внутренних дел кроме психологической реабилитации отдельно можно выделить понятие «экстренная реабилитация» как комплекс экстренно необходимых психологических мероприятий по предупреждению и/или восстановлению нарушенных психосоматических функций, поддержанию работоспособности

¹ От 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020; с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020).

и надежности деятельности сотрудников, находящихся в экстремальных ситуациях, а также по профилактике возможных заболеваний.

Экстренная реабилитация — это вариант краткосрочной помощи, направленной на обеспечение и физической и психологической безопасности, а также на нормализацию психического состояния.

Определим наиболее актуальные задачи экстренной реабилитации:

- поиск предикторов и возможных психосоматических и психологических нарушений в условиях определенных ситуаций;
- подготовка комплекса мероприятий, направленных на предупреждение возможных нарушений;
- применение средств и методов быстрого восстановления нарушенных функций;
- разработка методик, предупреждающих и позволяющих быстро устранять возникновение нарушений.

Экстренная психологическая реабилитация — вариант краткосрочной помощи, направленной на обеспечение психологической безопасности, а также на нормализацию психического состояния.

Мероприятия, входящие в экстренную психологическую реабилитацию:

1. *Телефоны доверия* — это дистанционная форма оказания экстренной психологической помощи для разных групп населения. Существуют телефоны доверия для превенции суицидов, сложных жизненных ситуаций, жертв насилия, подростков, женщин с детьми, больных различными заболеваниями (СПИД, онкология, бесплодие и т. д.). На территории России существуют телефоны доверия государственных организаций.

Сотрудниками службы телефонов доверия чаще всего являются психологи, студенты-психологи и люди, прошедшие специальное обучение.

Телефоны доверия можно разделить в зависимости:

- от аудитории — возраст (молодые, пожилые), пол и др.;
- метода работы — телефонная психотерапия, разговор с другом, консультация;
- статуса — государственные, муниципальные, частные, благотворительные;
- кадрового состава — профессиональные или волонтерские¹.

¹ Султанова И. В. Экстренная психологическая помощь по «телефону доверия» // Наука и образование сегодня. 2016. № 9 (10). С. 91–95.

Психологическая помощь по телефону доверия осуществляется в несколько этапов:

- 1) Установление контакта, положительное принятие абонента.
- 2) Выявление экстренной ситуации и связей с предыдущими жизненными обстоятельствами, избавление от сильных эмоций.
- 3) Осознание ситуации и планирование действий по ее преодолению.
- 4) Постоянная психологическая поддержка абонента.

Можно выделить преимущества телефонов доверия:

- доступность в любое время в любом месте;
- анонимность;
- демократичность — абонент может говорить все, что хочет, не боясь упреков, но необходимо помнить, что при депрессивных и суицидальных мыслях необходима авторитарность психолога;
- независимость от политических, религиозных и др. взглядов;
- абонент не понимает психотерапевтическое значение разговора;
- разговор является бесплатным.

2. *Индивидуальная краткосрочная консультация непосредственно после свершившейся ситуации.*

3. *Групповая работа с людьми, оказавшимися в одинаковой ситуации.*

Психологии, оказывающие экстренную реабилитацию, условно делят клиентов:

- на жертв — пострадавших, вынужденно находящихся в чрезвычайной ситуации (ребенок в закрытой квартире);
- пострадавших физически или материально (травмы, ранения);
- людей, ничего не знающих о судьбе своих родных и близких или потерявших их;
- очевидцев — людей, наблюдавших чрезвычайную ситуацию и получивших психологическую травму («могло произойти со мной»);
- участников ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Человек, впервые столкнувшийся с экстремальной ситуацией, может демонстрировать следующие реакции: страх, истерику, двигательное возбуждение, ступор, агрессию, плач, смех и др. — нормальная реакция на ненормальную ситуацию. Первая помощь при этом заключается в создании безопасной атмосферы как физической, так и психологической.

Таким образом, реабилитация является важнейшей составляющей лечебного процесса, при своевременном применении позволяет

предотвратить появление возможных нарушений и/или утяжеление имеющихся. Психологическая реабилитация, являющаяся частью общей реабилитации, способствует скорейшему выздоровлению, восстановлению социального и профессионального статуса или адаптации к изменившимся условиям, если восстановление невозможно.

Системный подход является необходимым условием для полноценной реабилитации, в которой важное место занимает психологическая коррекция, также включающая в себя коррекцию нарушенных отношений личности.

Анализ представленных теоретических моделей оказания психокоррекционной помощи в отечественной и зарубежной психологии показал следующее:

Психокоррекционная помощь направлена на помощь личности в саморазвитии и гармонизации. Реабилитационная помощь направлена на повышение качества жизни клиента. Психологическая коррекция — система методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

Психологическая интервенция как направление в деятельности психолога органов внутренних дел способствует развитию психологического потенциала личности сотрудника органов внутренних дел, повышая эффективность оперативно-служебной деятельности, повышая психологическую адаптацию, предупреждая развитие состояний дезадаптации и неблагоприятных психологических изменений.

Психологическая реабилитация предусмотрена для сотрудников органов внутренних дел, переживших экстремальные ситуации, связанные с исполнением ими служебных обязанностей, и закреплена статьей 11 федерального закона от 19.07.2011 № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации». В статье 61 федерального закона от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» указано, что сотруднику предоставляется на срок не более 10 суток отпуск по личным обстоятельствам в случае необходимости психологической реабилитации.

Контрольные вопросы:

1. Объясните происхождение термина «психологическая коррекция».
2. Что такое психологическая культура?
3. Кто может оказывать психологическую помощь?
4. Что означает термин «реабилитация»?
5. Назовите цели психологической коррекции.
6. Перечислите принципы психологической коррекции.
7. Каковы задачи реабилитации?
8. Что такое психическое здоровье?
9. Назовите виды реабилитации.
10. Перечислите принципы реабилитации, сформулированные М. М. Кабановым.

ТЕМА 2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ЗАРУБЕЖНОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебные вопросы:

- 2.1. Психодинамический подход.
- 2.2. Когнитивно-поведенческое направление.
- 2.3. Экзистенциально-гуманистическое направление и патогенетический подход.
- 2.4. Методы психологической коррекции и реабилитации.

2.1. Психодинамический подход

Общей направленностью психодинамического подхода является помощь клиенту в выявлении неосознаваемых причин неадекватного поведения и эмоциональных нарушений за счет их осознания и проработки, что подразумевает их контроль и, как следствие, возможность саморазвития. Центральным аспектом психодинамического направления являются динамические особенности психики: мотивы, побуждения, внутренние конфликты, которые мешают развитию личностного «Я».

В соответствии с теорией З. Фрейда (1856–1939) человеческая психика состоит из трех уровней: сознание, предсознание и бессознательное, и трех структур: «Сверх-Я», «Я» и «Оно» (рис. 1).

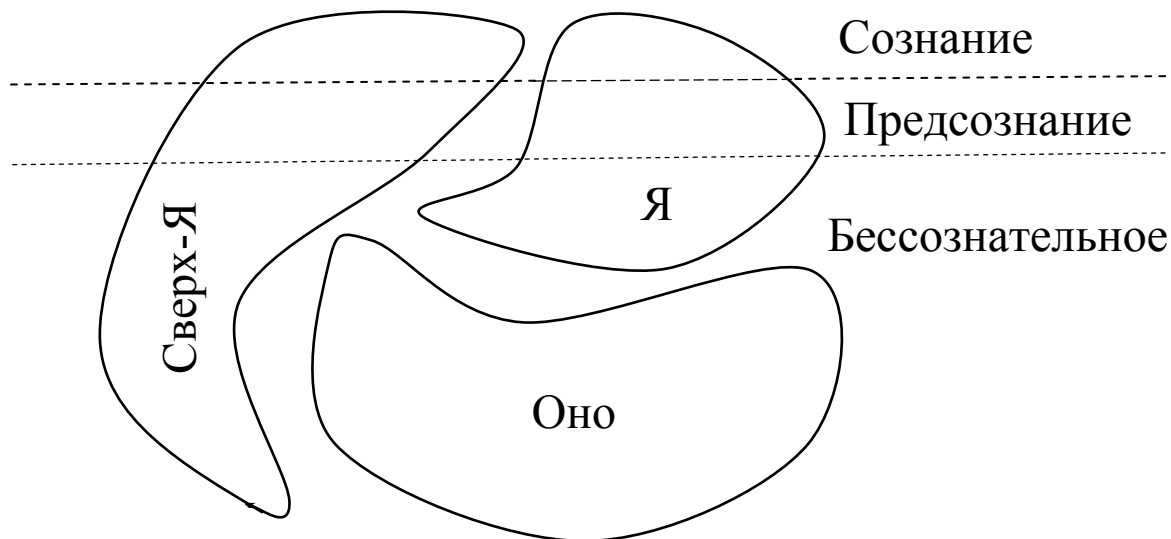


Рисунок 1. Структура психики по З. Фрейду

По мнению З. Фрейда бессознательное формируется вследствие вытеснения из сознания неприятных ситуаций. Основное отличие психоанализа — выделение и акцент на бессознательное. Постоянно находиться в сознании какая-либо ситуация или предмет не может, их место занимают актуальные ситуации, но при определенных условиях они снова могут появиться в сознании с помощью воспоминания. Такие воспоминания являются латентным бессознательным или предсознательным. Но существуют такие воспоминания, которые вытесняются в бессознательное, которое пытается не допустить эти воспоминания до сознания. Психоанализ помогает переместить эти воспоминания в сознательные.

В дальнейшем З. Фрейд разделил психику на три структуры:

— «Оно» является бессознательной частью психики, здесь хранятся влечения, отсутствуют понятия морали, нравственности, эта часть психики недоступна сознанию. Основывается на биологических потребностях, характерно для детей до 5–6 лет.

— «Сверх-Я» формируется в процессе взаимодействия с людьми, воспитания, сочетает в себе моральные и правовые нормы поведения, систему ценностей, характерно для школьного возраста. «Сверх-Я» противоположно «Оно», пытается его подавить, является приобретенным бессознательным.

— «Я» — сознательная часть психики, взаимодействует и с «Оно», и с «Сверх-Я». Сверхсильное влияние любого компонента приводит к изменению «Я» в его сторону. Например, очень строгое воспитание, регулярные наказания и внушение чувства вины ребенку постепенно интериоризируются и внешнее наказание заменяется внутренним, превалирует «Сверх-Я». Такой человек постоянно испытывает чувство вины, которое в дальнейшем может перейти в депрессию.

Следовательно, появление неврозов психоанализ объясняет нарушением баланса между частями психики с помощью вытеснения, что вызывает беспокойство.

Вытеснение — процесс избавления от неприемлемых влечений, мыслей, которые оказываются в бессознательном. Удовлетворение таких влечений вызывает одновременно и наслаждение, и вину. Вытесненные в бессознательное неудовлетворенные влечения становятся источником неврозов, т. к. требуют усилий для их удержания в бессознательном. Такие влечения могут видоизменяться и проникать в сознание. Таким образом, вытеснение является защитным механизмом собственного «Я».

Вытесненные влечения стремятся к удовлетворению, но этому мешают здравый смысл, «Сверх-Я», тем самым порождается внутренний конфликт. По мнению З. Фрейда каждый человек является потенциальным невротиком.

«Я» вынуждено защищаться от вытесненных влечений, находясь в бессознательном, создавая механизмы психологической защиты. Эти механизмы описала дочь З. Фрейда, Анна Фрейд¹, отметив, что выбор механизмов зависит от генетической предрасположенности, окружающих обстоятельств и воспитания. Психопсихиатрия позволяет осознать и целенаправленно применять механизмы психологической защиты.

Структура психики в психопсихиатрии подразумевает конфликт между «Я» и другими частями психики. В бессознательной части психики существуют не только наследственные влечения, связанные с либидо («Оно»), но и приобретенные в результате жизни («Сверх-Я»). Таким образом, «Я» оказывается как бы меж двух огней. «Сверх-Я» стремится подавить «Я» и как результат такого давления у «Я» появляется чувство вины, возникает внутриспсихический конфликт. Чувство вины может быть настолько сильным, что постоянные муки совести могут довести до ухода в болезнь. Формирование «Сверх-Я» обусловлено воспитанием и строгостью наказаний родителей, в свою очередь родители зависят от собственного «Сверх-Я», основанного на идентификации со своими родителями.

«Сверх-Я», по мнению З. Фрейда, является носителем идеала, «Я-идеальное» связано с желаемыми для родителей качествами ребенка, которые они поощряют. У ребенка формируется «Сверх-Я», связанное с чувством амбивалентности к родителям — с одной стороны, наказывают, с другой — поощряют, возникает другой внутриспсихический конфликт.

Формирование «Сверх-Я» связано с биологическими (эдипов комплекс) и психологическими факторами (зависимость от родителей). Эдипов комплекс у З. Фрейда связан с амбивалентным отношением мальчика к своему отцу, бессознательные влечения, вызванные чувствами любви и ненависти. Таким образом, в «Сверх-Я» уживаются моральные ограничения и стремление к совершенству, т. е. совесть и идеал, которые и формируют внутриспсихический конфликт.

¹ См.: Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. — СПб. : Питер, 2018. — 160 с.

По мнению З. Фрейда все психические процессы возникают в бессознательном, но не все переходят в сознание. Психопанализ изучает динамику развития бессознательного и процесс его перехода в сознание.

Психопаналитическими методами называются способы, которые позволяют раскрыть содержание бессознательного, до З. Фрейда это был гипноз. З. Фрейд предложил новые методы выведения в сознание бессознательного:

- свободные ассоциации,
- толкование сновидений,
- толкование символов,
- параксисы (оговорки, описки и т. д.),
- перенос.

Метод свободных ассоциаций (или ассоциативный эксперимент) является психопаналитическим методом изучения бессознательного с помощью свободного вербального изложения всего, что приходит в голову, особенно психопаналитик просит говорить о том, что кажется абсурдным или непристойным. Необходимо обратить внимание на содержание, последовательность, блокировки.

По мнению З. Фрейда дневные события инициируют бессознательное, которое проявляется во время ослабления моральных ограничений «Сверх-Я», т. е. сновидений, которые демонстрируют подавленные влечения.

Толкование символов как бессознательного компонента, замещающего образы, идеи или действия, приемлемо для «Сверх-Я». В интерпретации символов рекомендуется включать обозначение, разъяснение и осознание клиентом.

Так называемые «оговорки по Фрейду» называют не только «оговорки», но также «описки» и «бессознательные действия». З. Фрейд считал, что незначительные, бессмысленные ошибочные действия являются реализацией бессознательных желаний совместно с сознательным намерением, они возникают, когда «Я» отвлекается и бессознательное «прорывается» наружу.

Перенос — психопаналитический термин, означающий, что чувства, которые клиент испытывает к близким людям (чаще всего родителям одного пола с психопаналитиком), переносятся на психопаналитика. Также современные авторы выделяют контрперенос — перенос чувств, испытываемых психологом к близким людям (чаще всего детям или зависимым от них людям), на клиента.

Рассмотрим более подробно каждый механизм защиты «Я» от «Оно»:

Вытеснение — наиболее инфантильный тип защиты, бессознательные влечения не получают разрядки, они вытесняются в предсознание, трансформируются и могут проявляться в снах, описках, оговорах и др.

Реактивное образование А. Фрейд называет одной из наиболее эффективных мер защиты, когда внимание «Я» сфокусировано на противоположных инстинктивных импульсах. Например, мальчик считает себя мужчиной, а мужчины, по его убеждению, не должны показывать свои слабости, факт влюбленности в девочку он может воспринимать как зависимость, т. е. слабость, тогда вместо приятных слов и подарков, он, скорее всего, будет ее оскорблять и дергать за волосы. При этом «Я» ничего не знает ни об импульсах, ни о конфликте, вследствие которого возникло реактивное образование. Любые избыточные действия могут говорить о реактивном образовании.

Отрицание — конфликт между «Я» и «Оно» переходит в конфликт между «Я» и «Сверх-Я», а затем и между «Я» и внешним миром. Человек отрицает беспокоящие его события, по-другому это называется «бегство в фантазии», пациент психоаналитика искренне верит, что этого события не было, даже при очевидных доказательствах. Одной из форм отрицания считается неверное вспоминание событий, когда одно и то же событие в разное время описывается по-разному.

Рационализация — рациональные объяснения бессознательных действий. Человек ищет разумные объяснения своим поступкам, оправдывает свое поведение. «Я» пытается преобразовать истинные мотивы поведения («Оно») в морально допустимые («Супер-Я»).

Проекция — приписывание другим людям, животным, предметам собственных чувств, желаний и мыслей, при этом если окружающие оправдывают приписанные чувства, то «Оно» получает разрядку, а «Я» чувствует удовлетворение. На основе данного механизма создаются проективные методики. Угроза воспринимается как внешняя, хотя человек испытывает и переживает реальные чувства, но не осознает и не принимает их. Одной из особенностей проекции является способность замечать в людях именно то, что характерно для нас самих.

Изоляция — вызывающие сильные чувства ситуации изолируются от психики, тем самым психика разделяется на части, и данная ситуация при воспоминании не вызывает сильных эмоций. При описании данных ситуаций у человека не возникает значимых чувств, как будто это произошло не с ним, а с кем-то другим. Тем самым человек не слушает, не понимает своих чувств, он от них отстраняется. Детская игра в «хорошего» и «плохого» позволяет проиграть, испы-

тать изолированные чувства. З. Фрейд называл прототипом изоляции логическое мышление.

Регрессия — попытка бессознательного показать испытываемые чувства с помощью действий или мыслей, при этом избегая конфликта. Человек демонстрирует инфантильные поступки: грызет ногти, шариковые ручки, верит в домового, ведьм и др., в общем, ведет себя как ребенок. Регрессия уменьшает тревогу с помощью выключения мышления и демонстрации действий, которые уменьшали тревогу в прошлом (спрятаться под кроватью, под одеялом, съесть конфету и т. д.).

Сублимация — это выражение влечений и желаний (сексуальных и агрессивных) с помощью общественно одобряемых способов. Чаще всего это творчество, с помощью которого достигается катарсис. На механизме сублимации основаны методы арт-терапии. Сексуальная или агрессивная энергия «Оно» направляется на новые цели, одобряемые «Сверх-Я», в результате полностью снимается первоначальное напряжение.

Механизмы психологической защиты формируются в детстве, когда впервые появившиеся сексуальные желания подавляются, вытесняются в бессознательное, и возникает чувство вины, стыда. Никакие механизмы психологической защиты, кроме сублимации, не могут полностью удовлетворить потребности «Оно». С помощью этих механизмов психика «охраняет» себя от внутреннего и внешнего напряжения. Они позволяют избежать действительности — вытеснение, исключить её — отрицание, посмотреть на нее с одной стороны — рационализация, сделать действительность противоположной — реактивное образование, поместить собственные чувства во вне — проекция, разделить действительность — изоляция, уйти от реальности — регрессия, трансформировать ее — сублимация. Любой механизм психологической защиты отбирает энергию у другой деятельности «Я».

Можно выделить две *цели* психологической коррекции:

1. Осознание причин тяжелых переживаний и неадекватных проявлений.

2. Контроль поведения, способствующий личностному росту.

Выделяют четыре *этапа* психоаналитической коррекции:

1. Осознание бессознательных источников поведения.

2. Поиск внутренних источников борьбы с возникающими трудностями.

3. Осознание собственного восприятия действительности.

4. Попытка психоаналитика изменить особенности взаимодействия клиента или изменить поведение с помощью мобилизации внутренних ресурсов.

Выбор зависит от множества факторов, основные из которых: особенности проблем клиента, внушаемости, личность психоаналитика.

Психоаналитик должен быть отстраненным (не вмешиваться в рассказ клиента, соблюдать нейтралитет), наблюдательным и уметь интерпретировать сказанное клиентом. Для того чтобы стать психоаналитиком, необходимо самому пройти процедуру психоанализа, супервизию, сознавать собственные проблемы, собственные реакции.

От клиента требуется согласие с основами психоанализа, открытость и согласие на длительный курс психоанализа, а также обязательство на период психоанализа не совершать значимых перемен в своей жизни (свадьба, развод, рождение ребенка, смена места работы и т. д.) без ведома психоаналитика.

Разберем *стадии психоанализа*:

1. Нахождение болезненных точек, воспоминаний с помощью ассоциаций, наблюдения, оговорок.

2. Проговаривание выявленных проблем клиентом, после этого следует освобождение от сильных эмоций и спокойствие клиента.

3. Переоценка значимости событий, «переклеивание ярлыков», например, «друг» становится «коллегой», значимым становится отношение к клиенту, помощь ему в изменении восприятия мира.

4. Работа с эмоциями клиента, достижение положительного окрашивания мира, спокойствия клиента.

5. Избавление от болезненных очагов, мешающих адекватному поведению, как последствие предыдущих стадий.

Процедуры психоанализа в рамках психокоррекции:

— конфронтация — столкновение и осознание клиента с его проблемами, которые он избегал и боялся признать;

— прояснение (кларификация) — фокусировка внимания на анализируемой проблеме, выделение ее границ;

— интерпретация — осознание ранее бессознательных феноменов с помощью психоаналитика, от которого требуется не только знание теории, но также интуиция и эмпатия;

— проработка — преодоление сопротивления клиента, которое мешает развитию личности.

Анализ *сопротивления* — это одна из техник психоанализа, позволяющая осознать защитные механизмы, «Я» сопротивляется осознанию импульсов «Оно». Проведение психоанализа позволяет осо-

знать использование механизмов психологической защиты, а не преодолеть сопротивления «Я», т. к. при преодолении сопротивления «Я» окажется полностью беззащитным.

Без *переноса* в психоанализе невозможно, он даже специально провоцируется особым расположением психоаналитика. Перенос означает бессознательное перемещение эмоциональных переживаний, в основном в отношении родителей или значимых лиц, на других людей, чаще психологов, врачей, т. е. тех, кто, по мнению клиента, может ему помочь так же, как помогали родители в детстве.

Понятие «невроз переноса» используется для обозначения состояния, при котором оживают испытанные ранее чувства и трансформируются на психоаналитика, изменяя проблемы клиента, формируется новый невроз — невроз переноса. Психоаналитику необходимо учитывать не только сопротивление, но и эти изменения в процессе психологической коррекции. Возникновение чувств к психоаналитику при длительном взаимодействии нельзя избежать, иногда эти чувства могут принять форму невроза. Необходимо проанализировать перенос, для выяснения истинных чувств к родителям и проработки их.

Психоаналитической коррекции доступны психологические проблемы, не требующие медикаментозного лечения. Клиенту психоаналитика необходимо признавать наличие психологических проблем и понимать, что их источник лежит внутри него.

З. Фрейд ввел понятие «*катарсис*» (очищение), который означает эмоциональную разрядку, в результате которой клиент освобождается от вытесненных в бессознательное, травмирующих переживаний, происходит разрешение невротического конфликта. Клиент еще раз переживает детские проблемы, травмы и в процессе психоанализа может не только продемонстрировать испытываемые чувства, но и понять, что они подавлялись его «Я», и отреагировать их.

Работа психоаналитика заключается в выяснении причин болезненных, травматических переживаний, их истоков в прошлом клиента с помощью толкования сновидений, анализа свободных ассоциаций, спонтанных высказываний, вербальных ошибок, отмечая «точки сопротивления» и работая с переносом.

Анализируя психологическую защиту и другие источники травматичных переживаний, клиент учится понимать причины своих проблем, освобождаться от мешающих эмоций, в результате чего повышается адаптация и возможность саморазвития.

Последователем З. Фрейда был Альфред Адлер (1870–1937), который рассматривал человека как целостное, неделимое существо

в единстве сознательного и бессознательного. Свою теорию он назвал индивидуальной психологией, т. к. *individuum* с латинского языка переводится как атом, а атом — неделимая частица вещества, являющаяся носителем его свойств.

В концепции А. Адлера¹ можно выделить семь основных тезисов:

- стиль жизни,
- творческое «Я»,
- социальный интерес,
- фикционный финализм,
- комплекс неполноценности,
- стремление к превосходству,
- порядок рождения.

Поведение человека необходимо рассматривать целиком, в контексте внешнего и внутреннего мира. Структуру такой единой личности А. Адлер назвал *стиль жизни*; жизнь — постоянное движение в сторону роста и развития, в сторону совершенства.

Цели, которые стремятся достичь, и пути их достижения характеризуют жизнь человека; они индивидуальны и определяют судьбу. Человек также обладает *творческой силой*, которая позволяет ему проектировать свою жизнь. По мнению А. Адлера, индивида нельзя изучать изолированно от общества, от социального окружения. У каждого есть чувство общества или *социальный интерес*, который является врожденным.

А. Адлер был сторонником феноменологического подхода, при котором поведение человека зависит от субъективного восприятия и мотивировано фиктивными целями — *фикциями*. Цели, к которым люди стремятся, являются *фиктивными целями*, т. к. их невозможно проверить, они субъективны, но являются ориентирами в жизни.

Комплекс неполноценности — понятие, введенное А. Адлером, означает детское чувство неполноценности в сравнении со взрослым, т. к. ребенок физически меньше, слабее. Сильное чувство неполноценности может перерасти в комплекс, заставляющий чувствовать себя маленьким, слабым и мешает личностному развитию. Чувство неполноценности также может служить стимулом к совершенствованию, к стремлению стать таким, как взрослый.

А. Адлер считал, что преодолеть чувство неполноценности можно только в совместном взаимодействии с другими. При этом чувство неполноценности приводит к желанию избавиться от недо-

¹ Адлер А. Индивидуальная психология. — СПб. : Питер, 2017. — 256 с.

статка, преодолеть его, поэтому становится источником энергии личности. Также чувство неполноценности может перейти в желание превосходства, стать лучше всех.

А. Адлер выделил механизм, способствующий развитию чувства компенсации, и разделил ее на четыре вида:

- неполную,
- полную,
- сверхкомпенсацию,
- мнимую компенсацию или уход в болезнь.

Неполная компенсация — компенсация при помощи сверстников, за счет других, с которыми личность себя ассоциирует. Сверхкомпенсация проявляется тогда, когда избавление от недостатков, приобретение знаний и умений помогает другим людям и не превращается в агрессию. При мнимой компенсации человек пытается извлечь выгоду из своего недостатка.

Желание *превосходства* трансформируется в цель, которая может быть как позитивной, так и негативной. Позитивное превосходство выражается в желании благополучия для других, негативное — в превосходстве над другими. Стремление к превосходству над другими приводит к неврозу, так как это недостижимая цель.

Порядок рождения, по мнению А. Адлера, влияет на стиль жизни:

— первый ребенок получает безграничную любовь и заботу до появления следующего ребенка, когда он приобретает травматичный опыт. Первоначально старший пытается вернуть любовь родителей, но ему это не удается, и тогда он уединяется и перестает искать одобрения родителей. Став взрослым, он стремится к власти, лидерству. Вырастает заботливым и защитником слабых, т. к. привык заботиться о младших сиблингах;

— единственный ребенок лишен конкуренции за внимание родителей, главной его особенностью становится зависимость и эгоцентризм;

— второй (средний) ребенок, при небольшой разнице в возрасте, стремится «догнать» старшего, поэтому раньше начинает говорить, играть и др., но в то же время он умеет заботиться о младших. Он вырастает, по мнению А. Адлера, соперничающим и честолюбивым;

— младший ребенок ощущает заботу не только со стороны родителей, но и со стороны старших сиблингов. Он в детстве регулярно испытывает чувство неполноценности, в результате чего возникает высокая мотивация быть лучше старших детей (рис. 2).



Рисунок 2. Порядок рождения по А. Адлеру¹

Таким образом, А. Адлер объяснял поведение человека через физическую и социальную среду, а также неосознаваемые аспекты личности, он одним из первых стал использовать семейную и групповую терапию.

А. Адлер занимался социальной психологией и считал, что поведение человека зависит от социального контекста. Для индивида значимым является чувство принадлежности к социальному окружению. Развитие человека идет в направлении личной цели и зависит от стиля жизни. Бессознательные и сознательные процессы зависят от личной цели. Для понимания индивида достаточно определить его стиль жизни, в зависимости от которого происходит субъективное восприятие мира и своей жизни.

Задачей психологической коррекции является изменение основных убеждений, от которых зависит стиль жизни и цели, а в конечном счете — поведение. Поведение зависит не от прошлого, а от наследственности и социального окружения; люди стремятся к целям ради счастья и успеха. Стремление избавиться от чувства неполноценности является главной движущей силой личности. В качестве цели человек выбирает или общественно полезные, или бесполезные для общества, невротические цели.

Личностный рост заключается в движении от эгоцентрической цели к социально значимой. Конструктивное преодоление чувства

¹ Электронный ресурс // URL: <https://sovet-ok.ru/kakim-po-schetu-rebenkom-vybyli-v-seme-vot-chto-my-o-vas-znaem/1-426/> (дата обращения: 25.07.2020).

неполноценности в дополнении к социальному интересу и кооперации являются основными характеристиками здоровой личности.

У человека есть три основные задачи: работа, дружба, любовь, которые взаимосвязаны между собой. Работа должна приносить удовольствие от того, что она полезна для общества. Дружба формирует социальные связи, способствующие конструктивной работе. Любовь необходима для продолжения рода, а счастливая семья воспитывает в детях социальный интерес.

А. Адлер также выделил моменты, препятствующие личностному росту: органическую неполноценность, избалованность и попустительство, которые вызывают искаженный взгляд на мир. Невроз возникает при желании достигнуть превосходства над другими.

Основным моментом психологической помощи, по мнению А. Адлера, является помощь в переформулировании цели в общественно полезную. Для этого необходимо понять жизненный стиль, помочь разобраться в себе. Для изучения комплекса неполноценности используются следующие методы: порядок рождения, ранние воспоминания и движения тела.

Самое раннее воспоминание о событиях собственной жизни связывает прошлое с настоящим и влияет на выбор стиля жизни. У человека бессознательно сохраняются и могут вербализоваться чувства и переживания, актуальные для настоящего, и объясняющие стиль жизни. Ранние воспоминания частично позволяют понять поведение в настоящем. В памяти остаются значимые события и связанные с ними воспоминания, даже если клиент не придает им особого значения. Детские воспоминания являются ключом к пониманию причин актуальных проблем, однако, по мнению А. Адлера, они именно ключ, а не источник проблем в настоящем.

А. Адлер считал, что в движениях тела выражаются или воплощаются его установки, а установки составляют «стиль жизни».

Карл Густав Юнг (1875–1961) был соратником З. Фрейда, но он считал, что бессознательное включает в себя не только личный опыт человека, но и коллективный.

Психика состоит из трех частей: коллективного бессознательного, личного бессознательного и сознания (рис. 3).

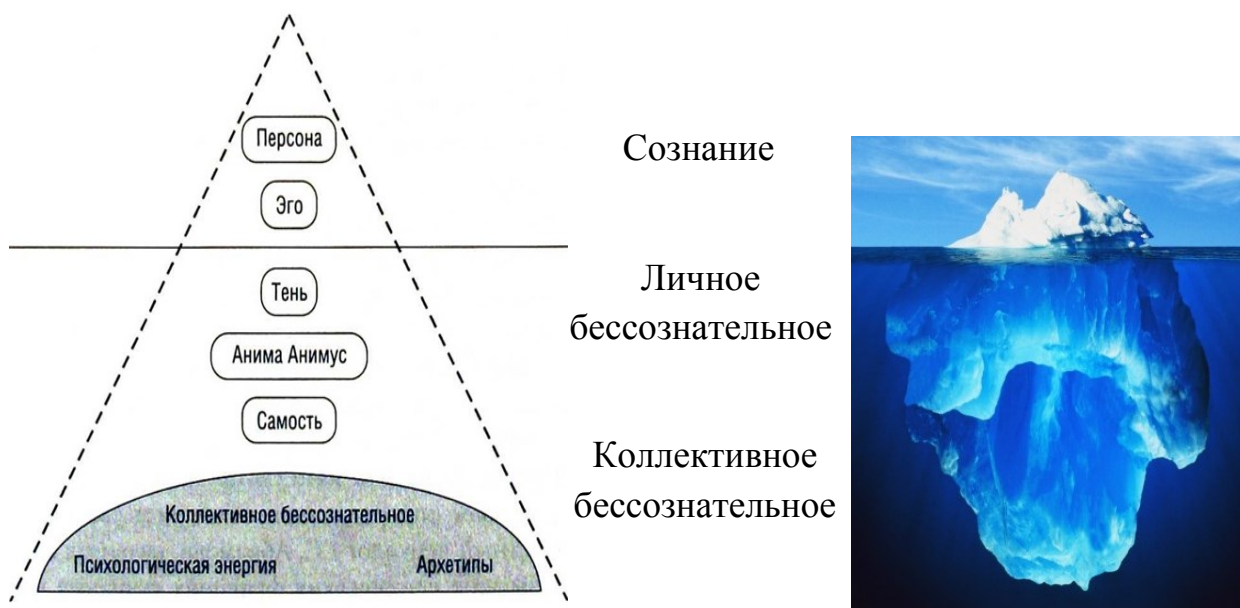


Рисунок 3. Структура психики по К. Г. Юнгу¹

Личное бессознательное включает в себя индивидуальный опыт, содержание его можно увидеть во снах, фантазиях; оно состоит из комплексов.

Коллективное бессознательное занимает ведущее место в психике и включает в себя инстинкты, влечения и архетипы. Оно не зависит от сознания индивида, в него входят мифы и предрассудки, накопленные предками и передающиеся от поколения к поколению.

Поведение определяют инстинкты, а формируют сознание архетипы, прообразы. Архетипы живут в коллективном бессознательном, они связаны с бесконечно повторяющимся опытом. К. Г. Юнг описал несколько архетипов индивидуальной и коллективной психики:

— Эго — внутреннее «Я», расположено на стыке между сознанием и бессознательным, при нарушении связи возникает невроз.

— Персона — внешнее «Я», то, что показывает человек обществу.

— Тень — то, что отрицается человеком в себе.

— Анима и Анимус — представления о противоположном поле.

— Самость — является стержнем личности, согласует все структуры личности.

Индивидуализация — процесс становления личности, согласованность сознательного и бессознательного, развитие личности. Данный процесс начинается внутри, в бессознательном, направлен на раскрытие бессознательного «ядра» личности, ее Самости. К. Г. Юнг выделяет две первоначальные установки: экстравертированную и интравертированную.

¹ Электронный ресурс // URL: <https://www.b17.ru/article/93564/> (дата обращения: 25.07.2020).

ную, и четыре функции психики: мышление, чувство, ощущение и интуицию. Тем самым он выделяет восемь типов индивидуальности¹.

Таким образом, согласно К. Г. Юнгу развитие личности — это динамический процесс: целью жизни является проявление себя, своей индивидуальности, объединение, гармония частей личности. Архетип Самости в идеале должен стать центром гармоничной, уравновешенной личности, тогда освобождается энергия, необходимая для личностного роста; такого могут достичь только способные, образованные люди.

Психологическая помощь, по мнению К. Г. Юнга, осуществляется во время встречи двух личностей, каждая из которых бессознательно воздействует на партнера.

К. Г. Юнг выделил четыре метода исследования бессознательного:

1. Метод ассоциаций — ассоциативные тесты помогают выявить имеющиеся нарушения.

2. Симптоматический анализ — с помощью гипноза клиент вспоминает то, что было причиной психотравмы.

3. Метод анамнестического анализа — сбор анамнеза для выявления причин невроза; сам разговор с психоаналитиком может быть причиной избавления от невроза.

4. Анализ бессознательного — последний, завершающий метод. Предыдущие методы позволяют установить контакт с бессознательным.

К. Г. Юнг одним из первых отметил значение религиозного, духовного наследия в развитии личности.

Одним из психодинамических направлений является транзакционный анализ Эрика Берна² (1910–1970). Он считал, что в человеке существуют три образа: ребенок, которым он был в детстве; взрослый, которым он стал; родительские образы. При взаимодействии с другими людьми его поведение зависит от этих образов. Образ свободного или приспособляющегося ребенка; образ родителя, контролирующего или опекающего; образ взрослого, разумного, независимого. Целью психоаналитической коррекции является освобождение от зависимостей от этих образов, которые заставляют его «играть в игры».

Психодинамическое направление объединяет ученых, считающих, что корни проблем клиента скрываются в бессознательном и для решения проблем необходимо их осознать. Осознание в психоанализе достигается с помощью различных методов. З. Фрейд предпочитал катартический метод. К. Г. Юнг ввел метод активного воображения, позволяющий увидеть и воздействовать на символы бессознательно-

¹ См.: Юнг К. Г. Психологические типы. — Минск : Харвест, 2020. — 528 с.

² Берна Э. Игры, в которые играют люди. — М. : Бомбора, 2022. — 256 с.

го. Карен Хорни¹ (1885–1952) выбрала анализ жизненного пути и постановки реалистичных целей. Гарри Стек Салливан² (1892–1949) говорил об избирательном внимании и межличностных отношениях.

Современный психодинамический подход продолжается в теории объектных отношений — Мелани Кляйн³, Микаэл Балинт⁴, Д. В. Винникотт⁵, Гарри Гантрип⁶, Отто Кернберг⁷, Хайнц Кохут⁸. Данная теория считает главным для развития личности взаимоотношения между детьми и фигурами, обеспечивающими уход за ними, обычно это матери. Особенно важными являются первые годы жизни, когда ребенку физически необходимы поддержка, принятие, любовь, защита. При удовлетворении первичных потребностей возникают следующие, такие как развитие личности. Здоровая личность имеет в раннем детстве надежную привязанность к матери, по мере развития, она постепенно удаляется от матери и начинает выстраивать здоровые отношения с другими людьми. Нарушения объектных отношений мешают развитию личности, приводят к неадекватной самооценке и другим психическим нарушениям.

2.2. Когнитивно-поведенческое направление

Поведенческая терапия сформировалась в конце 50-х годов XX столетия и основывалась на теории бихевиоризма. Исследование психической деятельности возможно с помощью изучения внешнего поведения, внешних реакций, установления соотношения между стимулом и ответной реакцией. Позже между стимулом и реакцией появились дополнительные переменные. Психические нарушения появляются в результате неадаптивного поведения, терапия заключалась

¹ Хорни К. Невротическая личность нашего времени. — М. : Канон плюс, 2022. — 228 с.

² Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / пер. с англ. О. Исаковой. — М. : КСП плюс; СПб. : Ювента, 1999. — 345 с.

³ Кляйн М. Развитие в психоанализе. — М. : Академический проект, 2001. — 512 с.

⁴ Балинт М. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии. — М. : Когито-Центр, 2019. — 199 с.

⁵ Винникотт Д. В. Все мы родом из родительского дома. Записки психоаналитика. — СПб. : Питер, 2020. — 288 с.

⁷ Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. — 536 с.

⁸ Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / пер. с англ. М. И. Завалова; под ред. М. Н. Тимофеевой. — М. : Класс, 2000. — 459 с.

⁸ Кохут Х. Анализ самости. Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. — М. : Когито-Центр, 2017. — 368 с.

в изменении поведения. В дальнейшем оказалось, что поведенческая терапия сохраняет свою эффективность недолго, в скором времени появляется новый симптом или возвращается старый. Таким образом, появилось когнитивное направление психотерапии, сделавшее основной акцент на личности клиента, и считающее, что к психическим нарушениям приводит неадаптивное мышление.

Формирование личности связано с развитием когнитивных структур — представлений о себе, об окружающих и др., причем часто неосознаваемых. С помощью этих когнитивных структур люди искаженно воспринимают окружающий мир, что может приводить к дезадаптации поведения, которая еще больше изменяет восприятие мира. Следовательно, проблемы клиента лежат в настоящем, в особенностях мышления. Для изменения поведения следует выявить неосознаваемые, деструктивные особенности мышления и обучить новым, конструктивным.

С позиции когнитивно-поведенческого направления:

- помощь клиенту связана с изменением предпосылок и убеждений, искажающих реальность;
- данные убеждения оказывают влияние на восприятие, эмоциональные реакции и стратегии поведения;
- возникновение таких убеждений связано с неправильными навыками, полученными в ходе когнитивного развития личности;
- анализируется актуальное поведение и мысли, представления, прошлое изучается только в целях выявления причин нарушений;
- необходимо обучить новым, адаптивным способам поведения и мышления;
- необходимо использовать домашние задания для закрепления полученных в процессе терапии навыков;
- теории личности нужны лишь для понимания происходящих процессов;
- необходимо изменить базовые убеждения с помощью изменения поведения;
- клиент должен понять, что когнитивные представления о себе и мире воздействуют на поведение, а оно, в ответ, изменяет данные представления.

Например, клиент с анорексией считает себя «толстым», т. е. у него искаженное представление о себе, своем весе и фигуре; у него отмечается страх полноты, в поведении наблюдаются ситуации «избегания», т. е. он уклоняется от ситуаций, которые считает опасными и вследствие этого он оказывается в самоизоляции. Когнитивно-

поведенческая психотерапия позволяет объективно увидеть и оценить себя, принять себя таким, какой есть; уходят навязчивые идеи похудения и страх полноты, клиент возвращается к полноценной жизни, в том числе к утраченным увлечениям или хобби.

Главной задачей когнитивно-поведенческого направления психологической коррекции является поиск автоматических мыслей или «когниций», которые мешают адаптации, и замена их на конструктивные, т. к. чаще всего автоматические когниции бывают негативными, негативное восприятие себя или мира вокруг.

По мере своего развития когнитивно-поведенческое направление из индивидуального постепенно переходило в групповое, и сегодня можно встретить как индивидуальную, так и групповую работу (например, семейная терапия).

Когнитивно-поведенческий психолог использует демократический стиль, происходит равноправный диалог психолог-клиент. Психолог задает вопросы, ответы на которые позволяют понять клиенту наличие негативных установок и их влияние на эмоциональное состояние и поведение. Осознание негативных установок позволяет понять причины дезадаптации и выбрать дальнейшие действия. Психолог не принуждает клиента изменить поведение, он только показывает наличие негативных установок, и их влияние на поведение, а клиент сам решает, изменять их или нет.

Целью когнитивно-поведенческой терапии является обучение клиента находить и исправлять неправильное восприятие и перерабатывать информацию, тем самым самостоятельно решать свои проблемы.

Можно выделить следующие этапы:

1. Изменение отношения к самому себе и восприятие себя позитивно, а также понимание того, что каждый совершает ошибки и это нормально.
2. Обучение выявлению негативных мыслей (когниций).
3. Построение связи между мыслями и последующим поведением.
4. Обучение самостоятельной замене деструктивных мыслей и идей на конструктивные.

Аарон Темкин-Бек¹ (1921) считается основателем когнитивно-поведенческого направления, он описал состояния тревоги и депрессии, сформулировал шкалы измерения безнадежности, суицидальных

¹ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб. : Питер, 2019. — 448 с.

идей. Считал, что изменение поведения клиента способствует выявлению мыслей, являющихся источником проблем.

Альберт Эллис¹ (1913–2007) является автором рационально-эмоциональной поведенческой терапии (rational emotive behavior therapy); считал, что негативные эмоции и дезадаптивное поведение возникают не вследствие происходящих событий, а вследствие интерпретации этих событий на основе личных убеждений — модель ABC (рис. 4).

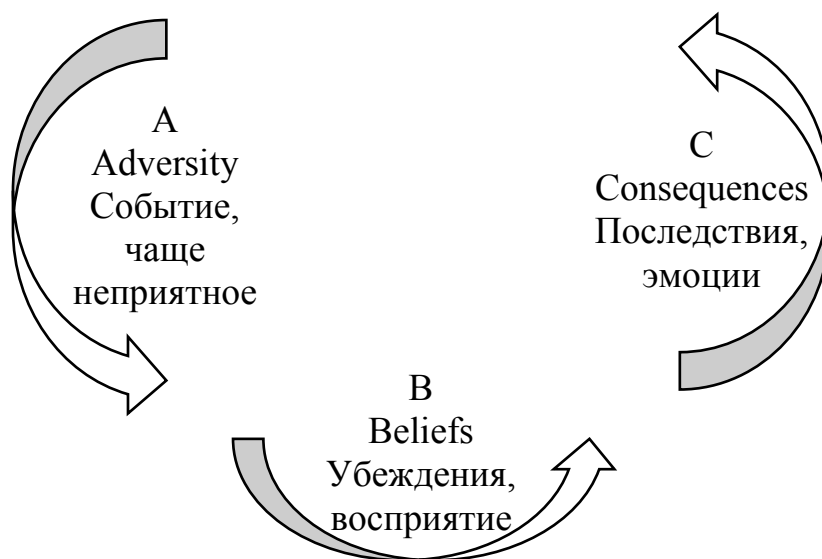


Рисунок 4. Модель ABC А. Эллиса

К когнитивно-поведенческому направлению относятся нейролингвистическое программирование, берущее свое начало с работ Джона Гриндера и Ричарда Бэндлера², социально-психологический тренинг, рационально-эмотивная терапия, семейная терапия, методики саморегуляции и др.

В настоящее время к когнитивно-поведенческому направлению относят терапию принятия и ответственности, диалектико-поведенческую терапию, метакогнитивную терапию.

¹ Эллис А. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия: руководство для психотерапевтов. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. — 157 с.

² Бендлер Р., Гриндер Д. Из лягушек — в принцы. Нейролингвистическое программирование. — СПб. : Корвет, 2021. — 156 с. Их же Большая энциклопедия НЛП. Структура магии. — М. : АСТ, 2019. — 608 с.

Терапию принятия и ответственности АСТ (Acceptance and Commitment Therapy) разработал Стивен Хайес¹; она предполагает не изменение своих мыслей и эмоций, а их осознание и принятие.

А — Accept your thoughts and feelings, and be present (принятие мыслей и чувств, существующих в настоящее время, сейчас).

С — Choose a valued direction (выбор ценностей).

Т — Take action (действуй).

АСТ реализуется с помощью шести принципов, которые представлены на рисунке 5.

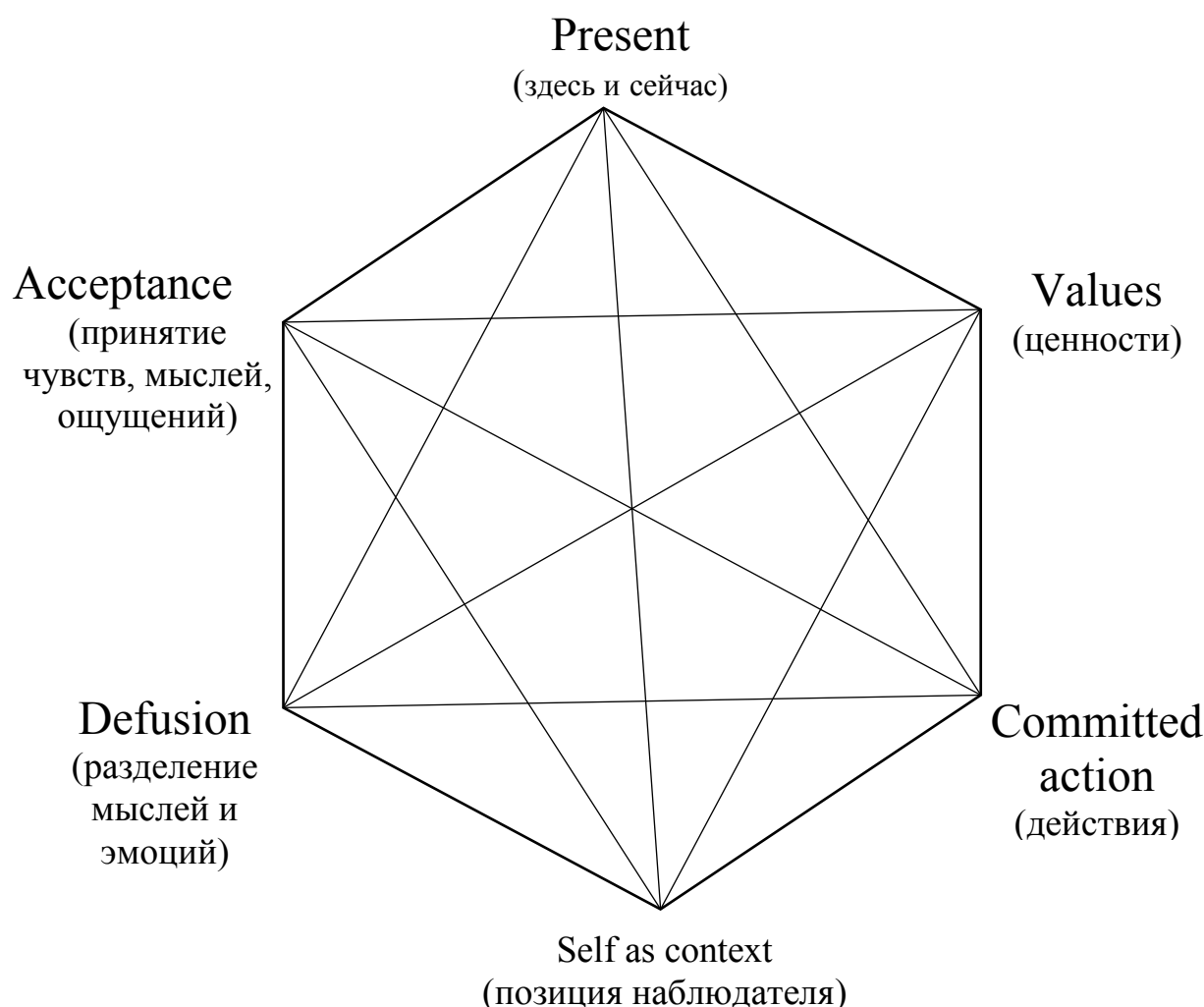


Рисунок 5. Принципы АВС, терапии принятия и ответственности

Первый принцип — принятие (acceptance) и изучение негативных чувств, переживаний, эмоций, изучение того, как это переживается, как это проявляется в теле, организме.

¹ Хайес С., Смит С. Меньше думай — больше живи. Рабочая тетрадь по терапии принятия и ответственности. — М. : Бомбора, 2023. — 272 с.

Второй принцип — разделение (defusion) мыслей и эмоций предлагает посмотреть на негативные эмоции со стороны, при этом не отказываясь от них, а в соответствии с первым принципом, принимая их.

Третий принцип — «здесь и сейчас» (present) означает сосредоточенность на настоящем моменте, на актуальных ощущениях.

Четвертый принцип — позиция наблюдателя (self as context) позволяет увидеть свои эмоции, мысли, состояния «со стороны», не отождествляя себя с ними.

Пятый принцип — ценности (values) клиент должен выбрать для себя сам и следовать им.

Шестой принцип (committed action) предполагает формулирование целей в соответствии с ценностями и ответственность за достижение этих целей, предпринятые действия.

Когнитивно-поведенческая терапия основана на конкретной проблеме клиента и ориентирована на результат. Когнитивная терапия ищет у клиента автоматические мысли, мешающие адаптации и саморазвитию, а поведенческая терапия позволяет изменить поведение в зависимости от изменения ценностей.

Поведенческая терапия использует *аверсивную психотерапию*, заключающуюся в использовании неприятных для клиента стимулов, в целях снижения реакции на них (алкоголизм, наркомания, вспышки агрессии, самоповреждения и др.), но при этом необходимо выработать замещающее поведение. Аверсивные стимулы применяются только при согласии, и клиент должен иметь возможность прекратить воздействие стимула.

Одной из техник поведенческой терапии является «жетонная система», когда за желательное поведение клиент получает жетон, который может обменять на что-то приятное для него (часто используется в пенитенциарной системе).

Еще одной техникой можно назвать так называемый мысленный «стоп», когда человек понимает, что дальнейшее развитие событий приведет к негативным эмоциям или вызовет дискомфорт, он заставляет себя остановиться в дальнейших действиях или мыслях.

Также используются и другие техники, например, систематическая десенсибилизация, подкрепление, система штрафов, обучение на моделях и др.

Когнитивно-поведенческая терапия является популярным направлением, способствующим изменению ошибочного восприятия,

убеждений и в соответствии с этим изменению поведения и адаптивному эмоциональному реагированию.

Техники когнитивной терапии условно делятся:

1. *На техники, пытающиеся отследить и осознать собственные мысли.*

Выделим методы, позволяющие это сделать:

— записи собственных мыслей. Необходимо записывать по порядку все мысли, возникающие перед и при выполнении действия. Это поможет узнать мотивы при принятии решения;

— ведение дневника мыслей в течение нескольких дней. Это поможет выявить тревожащие мысли или идеи;

— отдаление от нефункциональных мыслей. Этот метод заключается в отдалении от собственных идей и выработке объективных отношений к собственным мыслям. Проходит в три этапа осознания: неконструктивные мысли возникают автоматически, стереотипные мысли мешают нормальной адаптации, противоречат актуальной ситуации.

2. *Техники, способствующие борьбе с нефункциональными мыслями:*

— исследование аргументов «за» и «против» этих неадаптивных мыслей;

— взвешивание достоинств и недостатков существующих вариантов решения;

— эксперимент позволяет на личном опыте увидеть результат демонстрации возникающей эмоции;

— возврат в прошлое подразумевает откровенный разговор со свидетелями прошлых, значимых для человека, событий;

— использование авторитетных источников информации;

— сократический диалог;

— переоценка фактов;

— декатастрофизация, уменьшение значимости результата;

— смена ролей и др.

3. *Техники, ориентированные на активизацию воображения (тревожные люди представляют пугающие и деструктивные образы):*

— метод прекращения — действует при возникновении навязчивого негативного образа, когда произносится простая команда «Стоп», которая прекращает действие этого образа;

— метод повторения — предусматривает многократное повторение продуктивного образа;

— использование метафор;

- модификация образов — постепенная замена деструктивных образов, вначале на нейтральные, а затем на позитивные;
- позитивное воображение;
- конструктивное воображение, ранжирование вероятности наступления негативной ситуации.

4. *Техники, нацеленные на повышение эффективности лечебного процесса и минимизации сопротивления клиента:*

- целенаправленное повторение — заключается в многократном повторении позитивных инструкций;
- вскрытие мотивов деструктивного поведения, поиск вторичной выгоды.

Телесно-ориентированная психотерапия (ТОП) связана с именем Вильгельма Райха¹ (1897–1957). Это направление терапии, решающее невротические и психологические проблемы клиента через телесный контакт. По мнению В. Райха, мышечные или мускульные зажимы появляются как защита от беспокойства. В. Райх был учеником З. Фрейда, поэтому причиной беспокойства считал подавление сексуальных желаний и страх наказания. Постоянная защита от беспокойства формирует характерологический панцирь, проявляющийся в телесной сфере, например в походке, мимике, жестах, позе. В. Райх практически показал, что, снимая напряжение с определенных участков тела, освобождается энергия либидо. В психоанализе освобождение энергии либидо означает избавление от невроза.

Последователем В. Райха является его ученик Александр Лоуэн² (1910–2008), известный тем, что ввел понятие «*биоэнергетика*» в психологию (биоэнергия — жизненная энергия). А. Лоуэн считал, что телесные проявления являются результатом характерологических особенностей, и снятие мышечных напряжений приводит к устранению невротических симптомов, но для полного избавления необходима психоаналитическая работа. Раскрепощение тела приводит к освобождению от мышечного напряжения, чувству мышечной радости. Биоэнергетика А. Лоуэна позволяет познать личность через язык тела и его энергетические процессы. Энергетические процессы — это энергия, реализованная в движении и экспрессии; тело

¹ Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. — М. : Когито-Центр, 2022. — 368 с.

² Лоуэн А. Биоэнергетика: революционная терапия, которая использует язык тела для исцеления проблем ума. — М. : АО Первая Образцовая типография, 2022. — 295 с.

и мысли связаны, и если пришедшие мысли сразу проявляются в теле, то не возникает невротических симптомов.

Энергия, заключенная в теле, проявляется в движениях и в психических феноменах, ощущения связаны с эмоциональным состоянием. Целью биоэнерготерапии является соединение сознания и тела с помощью освобождения тела от напряжения. Лечение способствует снятию мышечных зажимов, препятствующих циркуляции энергии, с помощью физических упражнений и определенных поз, «заземления».

Отдельной формой психотерапии является *суггестивная*, которая устраняет проблемы клиента с помощью внушения. Важными понятиями являются: внушение, внушаемость, гипноз. Суггестивная терапия делится на терапию *внушением, гипнотерапию, гипносуггестию*.

Суггестия (или внушение) — психологическое воздействие на сознание человека с помощью вербальных или невербальных, эмоционально окрашенных способов для формирования определенного состояния или определенного поведения. В.М. Бехтерев писал, что внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа — критику». С помощью внушения можно вызвать определенные ощущения, эмоциональные состояния, мотивы, соматовегетативные изменения.

Гипнотерапия — это применение гипноза в психотерапии.

Гипносуггестией называют применение гипнотического сна с лечебной целью, в процессе которого происходят различные внушения, способствующие повышению адаптации. Гипносуггестия эффективна, например, в устранении страхов. Содержание внушения опирается на эмоционально-волевые особенности клиента и часто не поддается логике.

По способу гипнотического воздействия выделяют:

— директивные (или императивные), когда психотерапевт подчиняет себе волю клиента и воздействует на один или несколько анализаторов;

— недирективные (или эриксоновский гипноз) подразумевают особое построение речи и использование недирективных внушений.

С помощью самовнушения можно воздействовать на психические и вегетативные процессы. Наиболее известными являются:

— Метод Куэ — формируется формула самовнушения, которую необходимо произнести 20 раз, например, «Я-здоров».

— Метод Джекобсона прогрессивной мышечной релаксации — обучение напряжению и расслаблению мышц.

— Аутогенная тренировка по Шульцу — определенные эмоции вызывают напряжение определенных мышц, расслабление этих мышц ослабляет эмоции, т. е. мышечная релаксация приводит к психической релаксации.

2.3. Экзистенциально-гуманистическое направление и патогенетический подход

Представители экзистенциально-гуманистического направления считают человека уникальным, целостным, стремящимся к развитию и самосовершенствованию. В основе лежит философия европейского экзистенциализма и феноменологический подход. Основными движущими силами развития личности считаются присущие только человеку стремления к реализации своих потенциальных возможностей, выявлению смысла своего существования.

Карл Роджерс¹ (1902–1987) считается одним из создателей гуманистического направления в психологии. В основу личности им была положена «Я-концепция», возникающая во взаимодействии человека с окружающей средой и регулирующая все поведение человека.

К. Роджерс является автором концепции недирективной психотерапии, т. е. терапевт не дает ответов на вопросы клиента, не дает советов, а подводит клиента к правильному решению, таким образом, центральной фигурой психотерапии становится клиент. К. Роджерс назвал свой метод *личностно-ориентированной* (person-centered psychotherapy), или *клиент-центрированной, терапией*.

Психолог с клиентом должен быть:

- эмпатичным,
- безоценочным,
- конгруэнтным.

Клиент-центрированная терапия позволяет воспринимать свою личность такой, какой представляет, «Я-реальное» и «Я-идеальное» дает представление о направлении развития, при большом рассогласовании можно говорить о дезадаптации.

Каждый человек стремится к самоактуализации, у него всегда есть потенциал, следовательно, самоактуализация не может быть завершена. Человек открыт к переживаниям, принимает собственные

¹ Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. — М. : Изд-во И-та Психотерапии, 2007. — 560 с.

эмоции и чувства, осознает свои мотивы. Сам отвечает за свою жизнь, свой выбор, таким образом, у него возникает чувство свободы.

Гештальт-терапия Фредерика Перлза¹ (1893–1970) способствует достижению внутриличностной целостности, осмысленности жизни, улучшению взаимодействия с окружающим миром.

Гештальт — стремление к формированию целостного образа, из всего представленного наш мозг выделяет образ, а все остальное остается фоном этого образа. Образом становятся наиболее значимые для человека вещи, например голодный человек может не увидеть хорошего знакомого, т. к. занят поиском пищи.

Организм рассматривается как единое целое, постоянно находящееся в контакте с окружающей средой, граница контакта у здорового человека является подвижной — возникающая потребность формирует из среды гештальт, удовлетворение потребности «закрывает» гештальт. У невротической личности граница контакта со средой может быть сильно искажена, и среда не может удовлетворить возникающие потребности.

Целью гештальт-терапии является формирование аутентичной личности, личностный рост, интеграция с окружающей средой, способность к формированию и выражению своих эмоций.

Психотерапия, основанная на психолого-антропологической модели Виктора Эмиля Франкла² (1905–1997) называется логотерапией. Данное направление считает, что человек стремится к поиску смысла. В. Франкл создал трехмерную модель личности, где в основании треугольника расположены физическое и психическое, а вершина — духовная основа человека, при этом треугольник — неразделимое целое. Согласно В. Франклу, «человек — существо свободное, ответственное и духовное». Духовное проявляется в поиске смысла жизни, свободе выбора, креативности, ответственности, юморе.

Логотерапия помогает человеку найти смысл жизни, каждый должен сам прийти к смыслу собственного бытия. Смысл, по мнению В. Франкла может быть в творчестве, любви, надежде, страдании и т. д., при этом смысл жизни состоит из поисков смысла в каждой конкретной ситуации, это борьба, в борьбе человек познает свое предназначение.

¹ Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. — М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2017. — 320 с.

² Франкл В. Базовые концепции логотерапии. — М. : Гуманитарный центр, 2022. — 104 с.

Патогенетический подход

Патогенетический подход основывается на патогенетической психотерапии, предложенной Владимиром Николаевичем Мясищевым¹ (1893–1973); направлен на изучение механизмов развития болезни. Основные положения сформулированы на основе психологии отношений, которая понимает личность как систему отношений. Характеристикой личности являются отношения с людьми, формирующиеся в процессе развития на основе физиологической деятельности мозга. Эти отношения являются избирательными и сознательными, выражаются в действиях, движениях, переживаниях. Именно отношения являются движущей силой развития личности.

В. Н. Мясищев считал невроз болезнью личности, а личность рассматривал как систему отношений. Система отношений формируется в течение жизни, но основы закладываются в детстве в результате интериоризации семейных отношений. Целью патогенетической психотерапии является реконструкция нарушенных отношений личности. Нарушения происходят в основном под воздействием социальных факторов, прежде всего отношений в родительской семье.

Важнейшее отношение личности — отношение к самому себе, которое является частью самосознания. Отношение к себе формируется в последнюю очередь, зависит от других отношений и обеспечивает целостное представление личности о себе. Устойчивые отношения становятся характерными особенностями личности.

Противоречия между желаниями и возможностями личности, между требованиями и возможностями, по мнению В. Н. Мясищева, приводят к неврозу, т. е. к непсихотическому варианту дезадаптации. Дезадаптация возникает при наличии эмоционально значимых отношений личности и противоречий действительности. Такие противоречия между реальностью и желаниями или требованиями вызывают более или менее сильную дезадаптацию.

В. Н. Мясищев определил черты личности, способствующие возникновению того или иного типа невротического конфликта. Он выделил три вида такого конфликта: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний. Неврастения развивается в связи с завышенными требованиями к себе, не учитывая индивидуальные особенности (ребенок со слабым здоровьем хочет быть олимпийским чемпионом). К истерии предрасположены клиенты с превалированием эгоцентрических потребностей над действительностью (зимой хочу под-

¹ Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — М. : Книга по требованию, 2013. — 426 с.

снежки). Невроз навязчивых состояний характерен для личностей, не способных сделать выбор; чаще этот выбор требуется сделать в вопросах, связанных с этикой (хочу сам съесть все конфеты, но надо поделиться с братом).

Патогенетическая психотерапия позволяет выявить значимые отношения личности и связать их с конфликтной ситуацией. Это достигается с помощью осознания и проработки конфликта, а также выявления неадаптивных отношений личности и их изменения.

В. Н. Мясищев, осознав патогенетическую психотерапию, был одним из первых российских психологов, создавших социально-психологическую форму психотерапии в противоположность зарубежным психоанализу и бихевиоризму. Он использует понятие интрапсихического конфликта, по З. Фрейду — психодинамического, в анализе актуальных жизненных отношений.

В развитии патогенетической психотерапии выделяются три этапа:

1. Индивидуальная патогенетическая, или рациональная, психотерапия в работах В. Н. Мясищева и его учеников — Б. Д. Карвасарского, В. К. Мягер¹ и др. Она основана на понимании собственных значимых отношений личности клиентом и связанных с ними психотравмирующих ситуаций, а также интрапсихических конфликтов, возникающих в таких ситуациях.

2. Групповая патогенетическая психотерапия в трудах Б. Д. Карвасарского², Г. Л. Исуриной³, В. А. Ташлыкова⁴ и др. предполагает использование групповой динамики для восстановления нарушенных отношений личности. Иначе она называется «личностно-ориентированная» или «реконструктивная психотерапия».

3. Личностно-ориентированная психотерапия как система и интеграция психотерапевтических подходов, где объектом воздействия являются отношения личности.

¹ Мягер В. К. Теоретические предпосылки семейной психотерапии // семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / под ред. В. К. Мягер, Р. А. Зачепиского. — Л., 1987. С. 5–9.

² Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учеб. для вузов. 3-е изд., перераб. — СПб. : Питер, 2007. — 672 с.

³ Исурина Г. Л. Психотерапия и психологическое консультирование как виды клиничко-психологического вмешательства // Медицинская психология в России. 2017. Т. 9. № 3 (44). С. 4–14.

⁴ Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — М. : Медицина, 1984. — 192 с.

Рассмотрим более подробно сформулированную В. Н. Мясищевым концепцию отношений. Автор рассматривал личность как систему связей между индивидом и предметами объективной действительности. Систему связей он назвал отношениями. «Отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как личности — субъекта со всей действительностью или с ее отдельными сторонами»¹. Отношения могут изменяться от неосознанных до ясно осознаваемых, одной из задач психотерапии В. Н. Мясищев считал осознание причин поведения и общения человека.

Отношения состоят из трех компонентов, позволяющих их описать: эмоционального, когнитивного и мотивационно-поведенческого. Также исследователь выделяет существенные классы когнитивного компонента отношений (рис. 6): отношение к субъекту (к себе, другим людям, социальным группам, живому миру); отношения к объектам; отношения к событиям (к отдельным событиям, обобщенным событиям в собственной жизни — к условиям функционирования, прошлому, настоящему, будущему).

Кроме когнитивного компонента в структуре отношений В. Н. Мясищев выделяет эмоциональный компонент, где различаются положительные, нейтральные, отрицательные и положительно-отрицательные (противоречивые) отношения, также выделяет мотивационно-поведенческий компонент, который включает в себя мотив, внимание и волю. В соответствии с этим можно классифицировать отношения следующим образом: внимательные/невнимательные, инициативные/неинициативные, зависимые/независимые, конформные/неконформные и т. д.

Также следует выделить развитие отношений во времени, т. е. они появляются, развиваются и исчезают. Появление нового отношения зависит от развития предыдущих, и оно постоянно изменяется в зависимости от существующих отношений и действительности. Динамика отношений может быть как неконтролируемой, например при психических и психологических нарушениях, так и управляться сознательно как самим человеком, так и его окружением. На сознательном управлении отношений основаны процессы психологической коррекции, психотерапии и воспитания.

¹ Мясищев В. Н. Указ. соч. С. 150.

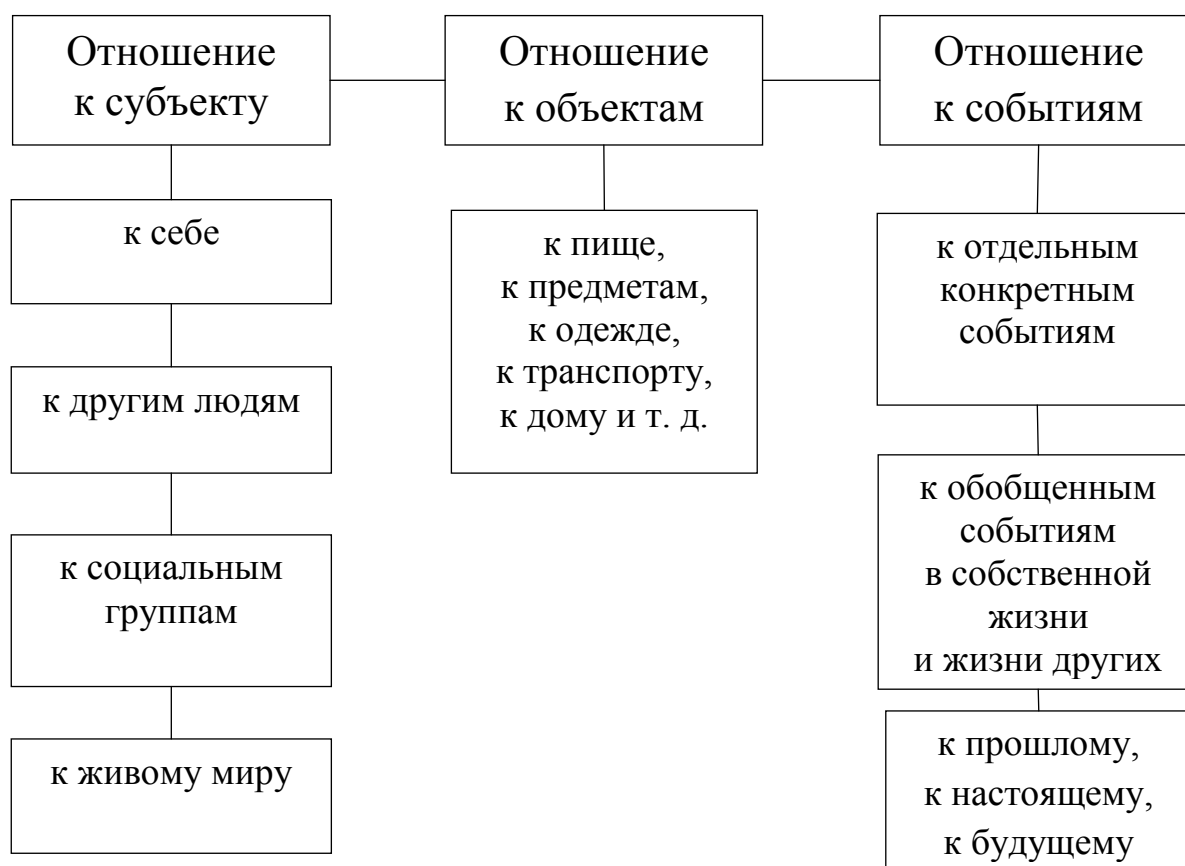


Рисунок 6. Классификация когнитивного компонента отношений по В. Н. Мясищеву

С позиции концепции отношений познать личность означает понимание всей совокупности отношений в единстве, в уникальности каждой личности. При этом самопонимание собственных отношений может отличаться от понимания этих отношений другим человеком, например психологом. Самопонимание зависит от многих особенностей: интеллекта, темперамента, характера, опыта анализа отношений и др.

Патогенетический подход в лечении неврозов, по мнению В. Н. Мясищева, заключается в выявлении и изменении системы значимых отношений, выявлении внутриличностного конфликта, связанного с противоречивостью значимых отношений. Невроз возникает вследствие взаимосвязанных нарушений психологических и физиологических патогенетических компонентов. Первопричиной патологического процесса считается нарушение значимых отношений.

Патогенетический анализ проводится от патогенетических следствий до патогенетической причины, через нарушение психологических и физиологических процессов и функций к первопричине — конфликтным значимым отношениям. Такой анализ может провести

только сам клиент в отличие от психоанализа. Причем этот анализ необходимо провести в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом плане.

В XXI веке патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева включена в различные интегральные методы психотерапии. Например рационально-эмотивная терапия А. Эллиса изучает иррациональные установки с помощью системы отношений личности, системы ценностей и мировоззрения, выявляет интрапсихические конфликты. Психогенетический анализ в рациональной психотерапии похож на технику «конфронтации», предложенную учеником В. Н. Мясищева, А. Я. Страумитом. Конфронтация понимается как столкновение клиента с собой, со своими конфликтами, отношениями, установками и т. д. Множество приемов когнитивной психотерапии связано с патогенетической психотерапией. В гештальт-терапии существует прием «горячий стул», когда клиент рассказывает о своих проблемах и в ответ получает эмоциональный, мотивационный и когнитивный отклик членов группы.

Патогенетический подход включает обязательное позитивное терапевтическое отношение (эмоциональную поддержку), активность психолога, помощь в совладании с жизненными проблемами и повышении самоуважения, постепенное уменьшение сопротивления и интерпретацию поведения клиента.

2.4. Методы психологической коррекции и реабилитации

Б.Д. Карвасарский в психотерапевтической энциклопедии в «классификации методов психотерапии» отмечает:

С развитием психотерапии возрастает потребность в систематике используемых психотерапевтических методов.

Е. Александрович (1936–2018) (Психотерапия в Польше, 1982) сделал попытку проанализировать все многообразие значений, в которых используется понятие метода в психотерапии:

1) методы психотерапии как конкретные методические приемы и техники (гипноз, релаксация, беседа, дискуссия, психогимнастика и др.);

2) методы психотерапии, определяющие условия, которые способствуют оптимизации достижения психотерапевтических целей (семейная психотерапия и др.);

3) методы психотерапии в значении инструмента психотерапевтического воздействия (таким инструментом может быть психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);

4) методы психотерапии в значении терапевтических интервенций (вмешательств), рассматриваемых либо в параметрах стиля (директивный, недирективный), либо в параметрах теоретического подхода, который и определяет характер этих вмешательств (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие).

Собственно понятию «метод» соответствует 1-й уровень — это методы как конкретные техники и приемы; 2-й уровень — отражает виды психотерапии (на основании условий, в которых она протекает); 3-й уровень — формы психотерапии (на основании инструментов психотерапевтических воздействий) и 4-й уровень — теоретические направления.

Для практического применения тех или иных методов психотерапии имеет значение их классификация по поставленным целям. Льюис Роберт Волберг (1905–1988) (Техники психотерапии, 1967) различает 3 типа психотерапии:

1) поддерживающая психотерапия, целью которой является укрепление и поддержка имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, лучших способов поведения, позволяющих восстановить душевное равновесие;

2) переучивающая психотерапия, целью которой является изменение поведения больного путем поддержки и одобрения положительных форм поведения и неодобрения отрицательных. Пациент должен научиться лучше использовать имеющиеся у него возможности и способности, однако при этом не ставится цель по-настоящему разрешить неосознаваемые конфликты;

3) реконструктивная психотерапия, целью которой является осознание интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь существенных изменений черт характера и восстановления полноценности индивидуального и социального функционирования личности.

Увеличение числа методов психотерапии, в последнее время приведшее к усилению интегративного движения в психотерапии, подтверждает положение о том, что имеющиеся психотерапевтические подходы не столько различаются по отношению к единому объекту — человеческой личности, сколько концентрируются на разных ее аспектах и проблемах, чем и обусловлено различие в методах психотерапии и множество их классификационных делений¹.

¹ См. : Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. 2-е изд., перераб. и доп. — СПб. : Питер, 2000. С. 90–91.

Илья Захарович Вельвовский¹ (1899–1981) разработал примерную классификацию методик, видов, форм, модификаций и приемов психотерапии. Он различал:

- психотерапию в естественном состоянии бодрствования;
- психотерапию в особых фазовых состояниях высших отделов головного мозга, вызываемых гипнотическими, медикаментозными или физическими агентами;
- психотерапию при стрессе (искусственно измененном химическими, физическими или биологическими стрессовыми воздействиями гомеостазе).

При психотерапии в естественном состоянии бодрствования можно использовать различные формы и приемы: рассудочно-ассоциативные, эмоционально-ассоциативные, игровые, тренировочно-волевые и суггестивные.

Рассудочно-ассоциативные формы и приемы:

1. Приемы логически-критические и рассудочные (П. Дюбуа).
2. Приемы мотивированного переубеждения (А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, Б. Н. Синани).
3. Приемы перевоспитания (А. С. Макаренко, В. Н. Мясищев).
3. Дидактично-педагогические формы (В. Н. Мясищев).
5. Формы просвещения и разъяснения.
6. Формы активирования и стимулирования (Б. Н. Бирман, С. И. Консторум).
7. Формы изменения установок, отношений, и оценок (Л. С. Выгодский, Д. Н. Узнадзе, Н. В. Иванов).
8. Формы «библиопсихотерапии», или «либропсихопедии» (И. З. Вельвовский, А. М. Миллер), посредством воздействия книг, художественной и иной литературы.
9. Формы трудопсихотерапии. Этот термин мы употребляем в тех случаях, когда психолог имеет дело с преคลินิกскими состояниями, не требующими лечения, собственно психотерапии, а коррекции психических свойств личности и регуляции психических состояний.
10. Формы психотерапии через мирозерцание — аретепсихотерапия (А. И. Яроцкий, В. А. Гиляровский, И. З. Вельвовский).
11. Формы снятия «дефицита информации» (П. В. Симонов).
12. Формы самовоспитания и самотренировки.

¹ См.: Психотерапия в клинической практике / И.З. Вельвовский [и др.]. — Киев : Здоров'я, 1984. — 157 с.

13. Приемы «психотерапевтического дневника» (Г. Д. Неткачев, И. А. Жуков, И. З. Вельвовский).

14. Прием «психотерапевтического рикошета» (И. З. Вельвовский).

15. Прием «анонимного зеркала» (С. С. Либих).

16. Приемы опосредования агентов типа плацебо.

Эмоционально-ассоциативные и игровые приемы:

1. Приемы психотерапии при высокой позитивно-эмоциональной зарядке (Ж. Дежерин).

2. Создание «ощутительных переживаний и впечатлений» (Е. И. Дядьковский).

3. Имагопсихотерапия (И. Е. Вольперт).

4. Методы вчувствования (К. С. Станиславский).

5. Методы игровой психотерапии.

6. Психотерапевтические приемы с использованием музыки и цветомузыки.

7. Приемы с использованием художественно-эстетического окружения (в том числе опосредования природы).

Тренировочно-волевые формы, базирующиеся на мобилизации и тренировке волевых качеств, установок и навыков, основанных на самовоспитании и тренировке. Эта методика носит название психофизической гимнастики, для которой характерны приемы, сочетающиеся с опосредованной гимнастикой, ЛФК, статической гимнастикой, использующей различные статические позы расслабления и интенций (И. З. Вельвовский, В. С. Чугунов, А. Л. Гройман, П. Д. Цай).

Суггестивные формы в состоянии бодрствования:

1. Методики прямого, непосредственного директивного, авторитарного, императивного внушения.

2. Методики косвенного «чреспредметного» (В. М. Бехтерев) и «чрезидейного» (И. З. Вельвовский) внушения.

3. «Обратное» самовнушение (А. А. Токарский, М. Д. Танцюра).

4. Методики самовнушения (Э. Куэ).

5. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга. К ней относятся все виды классической гипносуггестии, наркосуггестии и внушения в дремотных состояниях, вызванных физическими воздействиями, а именно:

6. Гипноз-отдых (К. И. Платонов).

7. Прямая авторитарная, императивная, директивная суггестия в гипнозе.

8. Постгипнотическое внушение.

9. Различные формы аутогипноприемов и др.

10. Методы аутогенной тренировки по Шульцу, Клюмбиесу и Клейнзорге, а также сочетания аутогенной тренировки с активной гипнотизацией (М. С. Лебединский, И. М. Перекрестов).

11. Релаксация по Джейкобсону в сочетании с активной гипнотизацией (И. З. Вельвовский).

12. Наркогипноз.

13. Гипносуггестия на фоне различных фармакологических средств (снотворных).

14. Гипносуггестия при электросне.

15. Гипносуггестия при физиотерапевтических тепло-процедурах и т. п.

Данная классификация не полностью отражает сущность и многообразие психотерапевтических воздействий. Психотерапия — это сложная система, в которой одни методы и приемы сочетаются с другими, переплетаются, взаимодействуют и чередуются.

Таким образом, основные направления и методы психологической интервенции в зарубежной и отечественной практике, рассмотренные в данной теме, показывают актуальность психологической интервенции, которая невозможна без желания изменений со стороны клиента. Одним из основных критериев позитивных изменений является повышение адаптации личности.

Контрольные вопросы:

1. Что является центральным аспектом психодинамического направления?

2. Какова основная задача психоанализа?

3. Охарактеризовать возникновение невроза с позиции психоанализа.

4. Что такое психологическая защита?

5. Что такое перенос?

6. Назовите стадии психоанализа.

7. Какова суть поведенческой терапии?

8. В чем главная задача когнитивно-поведенческого направления?

9. Перечислите основных представителей когнитивно-поведенческого направления.

10. Объясните суть патогенетического направления психотерапии.

ТЕМА 3. ФОРМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации.

3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции.

3.3. Специфика групповой формы психокоррекции.

3.1. Формы психологической коррекции и реабилитации

Психологическая коррекция применяется в двух формах:

1) индивидуальная — конфиденциальная работа с одним человеком;

2) групповая — психолог руководит групповой динамикой и взаимодействием в группе клиентов, объединенных по различным основаниям (общие цели, сходные внутриличностные или межличностные проблемы, последствия психической травмы и др.).

Согласно определению Г. С. Абрамовой, *«индивидуальная психологическая коррекция — это обоснованное воздействие психолога на дискретные характеристики внутреннего мира человека»*¹.

Преимущества индивидуальной психокоррекции: соблюдение конфиденциальности, сосредоточенность психолога на проблеме клиента, что позволяет снять психологические защиты, глубже «проработать» и раскрыть личностные особенности. Недостаток: низкая эффективность при решении проблем межличностного общения и взаимодействия. Акцент в индивидуальной работе делается на сферу интеллектуального осознания проблемы, активизацию ресурсов, коррекцию личностных качеств, психологического состояния и саморазвитие клиента.

В процессе индивидуальной работы устанавливаются особые отношения «психолог — клиент», в которых важны следующие условия:

— максимальная степень доверия и принятие авторитета психолога как основного «инструмента» психокоррекционного процесса;

— желание клиента изменить себя, актуальную ситуацию или найти внутренние ресурсы, чтобы жить дальше;

¹ Осипова А. А. Указ. соч. С. 271.

— внутренняя готовность клиента к активной и продолжительной работе над проблемой, принятие на себя ответственности за свою жизнь и изменение ситуации;

— уважение права клиента на выбор способа решения жизненных трудностей, права принимать или отвергать предложенную психологическую помощь.

Показаниями к индивидуальной психокоррекции являются:

1) проблемы клиента индивидуального характера, проработка которых будет более эффективна при личных встречах;

2) ситуация, когда клиент отказывается работать в группе (или эта работа невозможна);

3) острые дезадаптационные состояния, индивидуальные и профессиональные кризисы, а также эмоциональная напряженность, тревожность, страхи, низкая самооценка, признаки эмоционального «выгорания», социальная интроверсия, апатия и др., требующие постоянного наблюдения и контроля;

4) проблемы идентичности (социальной, профессиональной и др.), недостаточное знание себя (достоинств и недостатков);

5) утрата значимых ориентиров, цели и смысла жизни¹ и др.

Противопоказания к индивидуальной психокоррекции:

1) низкая мотивация к изменениям в своей личности, внутреннее сопротивление совместной работе с психологом;

2) отсутствие психологических или поведенческих проблем;

3) декомпенсированная акцентуация или психопатия;

4) патопсихологические личностные изменения, низкая нормативность поведения, отрицание морально-нравственных норм;

5) психопатологические личностные изменения (непсихотического и психотического типа), симптомы, вызванные заболеваниями соматического, неврологического или психиатрического характера².

Групповая психокоррекция — это форма работы, при которой основным инструментом воздействия на индивида является психокоррекционная группа. При этом психолог (ведущий тренинга) использует факторы групповой динамики для актуализации и решения внутриличностных конфликтов, коррекции целеполагания, деструктивных установок, поведенческих стереотипов и эмоциональных

¹ Осипова А. А. Указ. соч. С. 267–268.

² См.: Ахвердова О. А., Погожева О. В. Личностная и поведенческая изменчивость подростков в полиэтническом образовательном континууме. — М. : Илекса, 2008. С. 254.

проблем, а также с целью личностного роста (самопознания, лучшего понимания своего внутреннего мира, характера) и повышения адаптационного потенциала участников.

Преимущества групповой психокоррекции: высокая эффективность при решении межличностных проблем (общения, конфликтного взаимодействия, конкурентной борьбы, противостояния манипуляциям, моббингу и др.) и некоторых внутриличностных проблем (повышение самооценки, уверенности в себе, развитие эмпатии, искренности выражения чувств, коммуникативной компетентности, групповой поддержки на выбранном пути самосовершенствования и др.), а также экономичность и иногда более высокая продуктивность в динамике позитивных личностных изменений.

Недостаток данной формы: невозможно соблюдение полной анонимности, внимание психолога сосредоточено на управлении групповой динамикой и взаимодействии участников, а не на глубокой личностной проработке проблем отдельного индивида. Акцент в групповой работе делается на эмоционально-волевую сферу и мотивационно-поведенческую сторону личности.

Показания для групповой работы с клиентом:

- 1) недостаточная социальная адаптация в силу отсутствия или отставания в развитии необходимых личностных свойств;
- 2) повышение качества межличностного взаимодействия, социализации и адаптации к профессиональной деятельности;
- 3) коррекция внутриличностных проблем в ситуации групповой поддержки, взаимной ответственности, эмпатии, сочувствия и конгруэнтности;
- 4) желание клиента самосовершенствоваться, учиться на опыте других, получить «обратную связь» собственным достижениям и ошибкам во время коммуникации и при испытании новых способов поведения, и др.

Противопоказаниями к групповой психокоррекции являются:

- 1) выраженная акцентуация характера (демонстративность, возбудимость, эмоциональная лабильность и др.), психопатия, невысокий уровень интеллекта, общей и коммуникативной культуры;
- 2) низкая мотивация к групповой работе, осознанное или обусловленное защитными механизмами сопротивление;
- 3) низкий волевой контроль эмоций и поведения при сильном психологическом воздействии (целесообразно сначала попробовать индивидуальную работу);

- 4) отсутствие психологических или поведенческих проблем;
- 5) психические расстройства или симптомы, вызванные органическими заболеваниями головного мозга (сосудистого, возрастного или травматического генеза), требующие медицинской консультации (невролога, психиатра) или психотерапии.

Таким образом, форму работы психолог выбирает в зависимости от целей клиентского запроса, личностных особенностей и задач психокоррекции.

Термин «групповая психотерапия» чаще используется в рамках клинической психологии и психиатрии, обозначая групповой метод лечения различных психических расстройств. При наличии соответствующей подготовки психолог органов внутренних дел может использовать психотерапевтические техники для коррекции отдельных симптомов психической травмы донозологического уровня, которые будут описаны в пятой теме учебного пособия.

Перечислим некоторые направления индивидуальной и групповой психокоррекции, используемые психологами для работы с сотрудниками органов внутренних дел: когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические, группы арт-терапии, тренинг личностного роста, социальной реадaptации и множество других.

3.2. Психологические особенности индивидуальной психокоррекции

Задачи индивидуальной психокоррекции состоят в достижении изменений в трех сферах:

1. Сфере интеллектуального осознания (когнитивный аспект).

Автобиография клиента важна для осмысления его мотивов, причин и условий формирования системы эмоционально-оценочных отношений, потребностей, убеждений, неконструктивных когнитивных и поведенческих стереотипов, для понимания личного вклада в возникновение и потенцирование конфликтных ситуаций, а также для осознания взаимосвязи между психогенными факторами, способами реагирования и соматическими расстройствами.

2. Эмоциональной сфере (эмоциональный аспект).

В процессе индивидуальной психокоррекции «клиент получает эмоциональную поддержку от психолога, способствующую нивелированию защитных механизмов», развивает навыки критического анализа проблем и способов их решения, осознания и вербализации

своих чувств, что способствует изменению типа эмоционально-поведенческого реагирования.

3. *Поведенческой сфере.* В результате коррекции клиент овладевает навыками самоконтроля эмоциональных реакций и новыми формами поведения.

Основные стадии индивидуальной психокоррекции:

1. «Заключение «контракта» (соглашения) между клиентом и психологом на оказание коррекционного воздействия.

2. Исследование проблем клиента.

3. Поиск вариантов и способов решения проблемы.

4. Формирование психокоррекционной программы и обсуждение ее с клиентом.

5. Реализация психокоррекционной программы в соответствии с заключенным контрактом.

6. Оценка эффективности психокоррекции»¹.

1-я стадия. Заключение контракта между клиентом и психологом, дающим согласие оказывать коррекционное воздействие. При этом психологу важно понимать, что для клиента проблемой является не сама ситуация, а то, насколько она нарушает адаптацию личности («мешает жить»). Человек обращается за помощью к психологу тогда, когда все его самостоятельные попытки восстановить нормальное функционирование не увенчались успехом. В этом случае клиент достаточно замотивирован на работу и психологу остается лишь поддержать его на правильно выбранном пути. Однако в органах внутренних дел психолог может столкнуться с ситуацией сопротивления (сознательного или бессознательного) со стороны сотрудника, принудительно присланного на «беседу» (по приказу руководства, после нарушения служебной дисциплины, по плану деятельности и др.). В этом случае требуются значительные усилия по мотивированию на психокоррекционную работу.

Во время первой встречи клиенту предоставляется информация об основных целях, условиях, целесообразности проведения и приблизительной продолжительности психокоррекции; о риске временного ухудшения состояния во время и после сеансов, а также о границах конфиденциальности².

Выделяют два уровня конфиденциальности:

¹ Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. — 454 с.

² См.: Там же.

1) «предел профессионального использования информации, полученной от клиента»¹;

2) «условия, при которых полученная информация может быть использована исключительно для блага клиента»². О своих намерениях психолог обязан поставить клиента в известность и получить согласие.

Границы конфиденциальности:

1. Конфиденциальность относительна, т. к. существуют условия, способные изменить обязательство по ее сохранению.

2. Конфиденциальность зависит от характера представленных клиентом сведений.

3. Не является конфиденциальной информация, которая необходима для эффективной работы психолога и не наносит вред интересам клиента.

4. Конфиденциальность всегда основывается на праве клиента сохранить свою репутацию и личную тайну.

5. Конфиденциальность ограничена правом психолога на сохранение собственного достоинства и безопасности своей личности.

6. Конфиденциальность ограничена правами третьих лиц и общности³.

Обстоятельства, при которых профессиональная тайна не соблюдается:

1. Повышенная опасность для жизни клиента или других людей, независимо от ее причины.

2. Необходимость госпитализации клиента или его консультации у психиатра, нарколога и других врачей-специалистов (например, вследствие подозрения или наличия у человека неврологического, соматического или психиатрического заболевания).

3. Преступные действия или свидетельство преступления (любой вид насилия над личностью, развращение, инцест, угроза мести, убийство, разбой и другие тяжкие преступления).

4. Участие клиента в распространении, хранении наркотиков и других психоактивных веществ.

5. Серьезная угроза, исходящая от клиента в сторону потенциальной жертвы (психолог обязан проинформировать об опасности и принять меры для ее защиты, сообщить в правоохранительные органы).

¹ Там же.

² Осипова А. А. Указ. соч. С. 272.

³ Там же.

6. Экстремистские высказывания (уничижительного характера, об антагонизме, враждебности к какой-либо расе, национальности, вероисповеданию, положительная оценка геноцида и терроризма, побуждения к насильственным действиям).

7. Угроза или попытка совершения самоубийства, а также суицидальное поведение: *замыслы* (продумывание плана реализации суицида — разработка способа, времени, места); *намерения* (принятие волевого решения и выбор способа совершения); *переживания* (негативное отношение к жизни и желание смерти); *высказывания* («ненавижу себя», «просто жить не хочется», «это конец», «нет сил бороться», «никогда не прощу себе», «мне этого не вынести», «смерть решит все проблемы» и т. п.); *рисунки и записи*, иллюстрирующие депрессивное состояние (рис. 7); *изменившийся стереотип поведения* (скорбная мимика на фоне безэмоциональной, монотонной, замедленной речи у ранее общительных лиц, нетипичная социальная интровертированность, раздаривание ценных личных вещей, оформление завещания и др.).

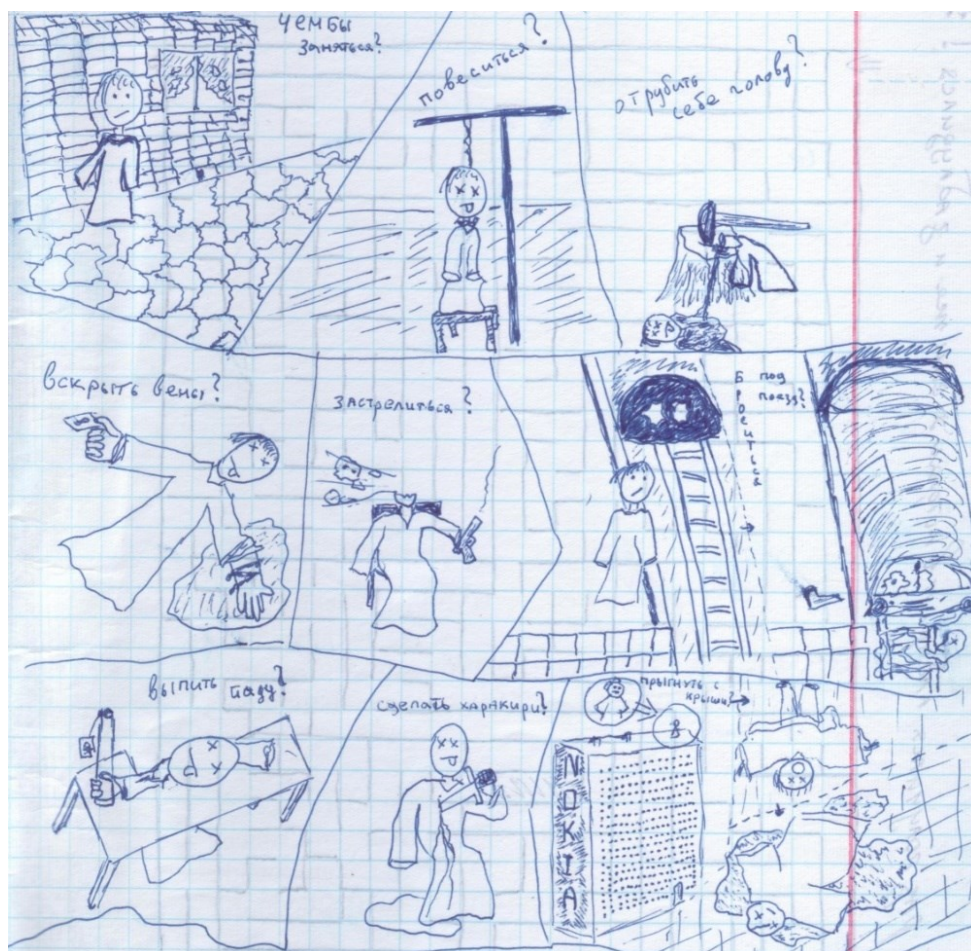


Рисунок 7. Рисунки клиента: «размышления о самоубийстве»

2-я стадия. Исследование проблем клиента. Необходимо обоюдное доверие, эмпатия, эмоциональное принятие, положительная установка к личности клиента, заинтересованность и позитивный подход в решении проблемы. Необходимо фокусировать внимание на том, что у клиента сохранны (в чем он успешен и что у него получается) и использовать только положительное «подкрепление» (словами, жестами, мимикой). Психолог подчеркивает, что важнейшим позитивным моментом является обращение клиента за помощью, его решимость рассказать о проблеме и действовать в сторону изменения своей жизни к лучшему. Однако если в разговоре с клиентом психолог встречается с чем-то, что ему не нравится (отталкивает, пугает, вызывает отвращение и т. д.), он это *вежливо и бесстрастно игнорирует* (слушает, но не выражает своего эмоционального отношения, не сочувствует).

Условие эффективной работы психолога — это хороший контакт с клиентом:

- владение вербальными средствами (обращение по имени, подбадривание, выражение поддержки, согласия, спокойствия и уверенности);

- владение невербальными средствами (интонация, контакт глаз, паузы);

- позиция психолога — ролевые стратегии психолога во взаимоотношении с клиентом (авторитарность / партнерство, директивность / недирективность).

Варианты позиции психолога по отношению к клиенту:

1. Позиция «сверху» (поведенческие методы) — авторитарное отношение к клиенту как к объекту манипуляции подкрепляется имиджем всезнающего, мудрого психолога, оценивающего действия клиента как «хорошие, правильные» или «плохие».

2. Позиция «на равных» (клиентцентрированный подход) — психолог создает условия для принятия человеком ответственного, осмысленного решения об изменении своего поведения и своих отношений.

3. Позиция «снизу» — позволяет повысить самооценку клиента, его уверенность, но может дать возможность клиенту манипулировать психологом.

4. Позиция «зеркала» — нейтральная, соответствует психодинамическим методам.

Профессионализм психолога заключается в его способности сознательно занимать различные позиции, быстро перестраиваться, менять тактику, исходя из задач и интересов клиента.

3-я стадия. Поиск вариантов и способов решения проблемы (при согласии клиента на вторжение в его внутренний мир), осознание личной ответственности за выбираемые решения. «Эффективная коррекция — это процесс, который выполняется *вместе* с клиентом, но не *вместо* клиента»¹. Психолог отказывается от поиска «истины», а сосредоточивается на рассмотрении проблемы клиента с точки зрения ее «полезности / вредности». «Полезным» будет считаться объяснение или альтернативное решение, которое может привести к перспективным действиям в выбранном направлении.

Анализируя ситуацию с этой точки зрения, психолог находит «полезные» и «вредные» обстоятельства, которые транслирует клиент:

- «чувства, стимулирующие достижение поставленных целей и удовлетворение потребностей (любви, власти, понимания и т. д.);
- неадекватные средства, выбираемые для реализации этих целей и приводящие к конфликтам с окружающими;
- негативные реакции других, усугубляющие проблему клиента»²;
- причины возникшей ситуации и варианты возможных способов решения проблемы;
- необходимые ресурсы (внешние, внутренние) для эффективного продвижения к цели.

4-я стадия. Формирование психокоррекционной программы и обсуждение ее с клиентом.

Цель: «помочь клиенту сформулировать как можно больше вариантов поведения, затем проанализировать их вместе с клиентом, выбрать наиболее подходящие для данного человека в его ситуации и помочь в овладении этими поведенческими навыками»³ с ориентацией на его резервы.

Важно помнить о соблюдении основного принципа: психолог отвечает за обоснованность программы коррекции, а за ее осуществление отвечает клиент.

Основные принципы составления психокоррекционных программ:

¹ Костакова И. В. Основы психологической коррекции: учеб.-метод. пособие. — Тольятти: ТГУ, 2009. С. 29.

² Ахвердова О. А., Погожева О. В. Указ. соч. С. 134.

³ Там же.

1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач — отражает взаимосвязанность и неравномерность развития различных сторон личности (норма развития — угроза потенциальных затруднений — отклонения/отставания в развитии), поэтому цели и задачи любой коррекционной программы содержат в себе три уровня:

— коррекционный (исправление отклонений и нарушений развития);

— профилактический (профилактика отклонений в развитии);

— развивающий (оптимизация, стимулирование развития).

2. Принцип единства коррекции и диагностики — преемственность психокоррекционных мероприятий, основанных на данных психологической диагностики.

3. Принцип причинности — доминирующей целью является устранение причин, провоцирующих проблемы и отклонения в развитии клиента.

4. Принцип организации коррекционной работы — определяет направление и методы психокоррекции, способы реализации поставленных целей.

5. Принцип учета возрастных и психологических особенностей — оценка нормативного диапазона возрастного-полового развития клиента, принимая во внимание уникальность и неповторимость его личностных особенностей. Этот принцип позволяет разработать программу оптимизации развития клиента в пределах возрастной нормы, но с учетом его индивидуальности и правом выбора самостоятельного решения.

6. Принцип комплексности методов психологического воздействия — означает эклектику в выборе многообразия методов, техник и приемов из арсенала практической психологии с учетом их максимальной эффективности по отношению к проблеме клиента.

7. Принцип активной ресурсности — актуализация внешних и внутренних ресурсов клиента (микро- и макроуровня) в целях повышения адаптационного потенциала личности.

8. Принцип опоры на наиболее развитые (сохранные, здоровые) психические процессы и использование активизирующих методов для их развития.

9. Принцип программированного обучения — для повышения эффективности программы необходимо выполнять серию последовательных упражнений (сначала с психологом, затем самостоятельно).

10. Принцип усложнения — необходимость поэтапного усложнения заданий (эффективность коррекции достигается на максимальном уровне трудности, т. к. поддерживается интерес к работе и возникает радость преодоления трудностей).

11. Принцип позитивно-эмоционального, ресурсного завершения сеанса и всей психокоррекционной программы в целом.

В рамках системного и комплексного подхода перед составлением программы психолог в обязательном порядке проводит углубленную диагностику психологического типа личности в целях конкретизации «мишеней» психокоррекционного воздействия, а также повышения его обоснованности и объективности.

Варианты психокоррекционных программ:

1) стандартизированные — с четко прописанными этапами коррекции, методами, требованиями и т. д.;

2) свободные (ориентированные на настоящий момент) — психолог самостоятельно определяет цели и задачи психологической помощи, исходя из типа личности и особенностей текущей ситуации (актуальной проблемы) клиента, а продвижение к следующему этапу психокоррекции определяется его успехами на предыдущих этапах.

По мнению А. А. Осиповой, весь комплекс психокоррекционных воздействий на клиента осуществляется при помощи взаимодополняющих блоков: диагностического, установочного, коррекционного и блока оценки эффективности коррекционных воздействий.

Цель *диагностического* блока — установить тип и варианты развития личности, выявить факторы риска развития дезадаптации, сформировать программу психологической коррекции.

Цель *установочного* блока — нивелировать тревожные опасения, повысить уверенность в себе, сформировать установку на изменения в своей жизни путем сотрудничества с психологом.

Цель *коррекционного* блока — гармонизировать отношения во всех сферах жизни клиента, добиться положительной динамики развития необходимых качеств и навыков преодоления трудностей, овладеть эффективными способами деятельности.

Цель блока *оценки эффективности психокоррекции* — объективно оценить динамику психологических изменений, с обязательным сохранением позитивной самооценки¹.

¹ Осипова А. А. Указ. соч.

Основные требования к составлению психокоррекционной программы:

— максимально конкретная формулировка целей и задач коррекционной работы (клиент должен вербализовать цель, исключая частицу «не», помочь ему в этом может вопрос психолога: «Если Вы не хотите этого, то чего же Вы хотите?»). Например, человек говорит, что не хочет быть зависимым от мнения окружающих, следовательно цель формулируется так: «Я хочу стать уверенным в себе, самодостаточным»;

— мотивирование на усердную работу над своей личностью («Зачем Вам это надо? Что хорошего это дает? Чем это выгодно для Вас?», так как нужно затрачивать усилия, чтобы достичь своей цели);

— определение стратегии и тактики коррекционных мероприятий (последовательности этапов и их содержания);

— выбор формы работы (индивидуальная, групповая или смешанная), методик, техник воздействия, необходимого инструментария и оборудования;

— установление диапазона времени, необходимого для реализации коррекционной программы;

— определение частоты встреч (ежедневно, 1–2 раза в неделю, через день и т. д.);

— определение длительности встреч (от 45 минут в начале до 1,5–2 часов на заключительном этапе);

— определение содержания коррекционных сессий внутри каждого этапа коррекционного воздействия;

— планирование возможной формы участия других лиц (семьи, родственников, друзей, социальных работников, врачей и т. д.) на этапах психокоррекционной работы;

— реализация психокоррекционной программы с постоянным контролем динамики изменений и их эффективности в целях внесения необходимых дополнений.

5-я стадия. Реализация психокоррекционной программы в соответствии с заключенным контрактом. Психолог помогает клиенту организовывать свою жизнедеятельность с учетом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат и возможных неудач в достижении цели.

6-я стадия. Оценка эффективности психокоррекции.

Оценивается уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщаются достигнутые результаты.

Возможные результаты коррекционной работы:

- усиление внимания к собственным потребностям, переживаниям и мыслям;
- развитие способности к самопознанию;
- изменение отношения к себе и к окружающему миру;
- развитие имеющихся умений и навыков, приобретение новых (способности заботиться о себе, самостоятельно решать свои проблемы, нести ответственность);
- лучшее понимание себя, окружающих;
- поддержка, изменение эмоционального состояния;
- способность осуществить принятое решение;
- приспособление к ситуации, которую невозможно изменить;
- новое реагирование на действия других людей.

Основными вербальными методами воздействия в рамках индивидуальной психокоррекции являются:

1. *Убеждение* — метод когнитивного воздействия с использованием критического анализа ситуации, систематизации фактов, последовательной аргументации и логичности выводов в рамках коррекционной цели (этот метод эффективен у лиц с высоким интеллектом и развитыми волевыми качествами).

Психолог пользуется следующими приемами:

1) выясняет историю личности клиента, его актуальное желание (цель), систему отношений, устанавливает позицию, точку зрения;

2) использует в работе позитивный подход к клиенту (положительное подкрепление, эмпатийное слушание, похвала даже за маленькие успехи, юмор и оптимистичность);

3) исходит из того, что «клиент сам эксперт своей проблемы». Психолог пытается понять, как клиент видит свою ситуацию;

4) не стремится найти истину (для этого нет инструментов и времени), а рассматривает только «полезное» (эффективное пробное действие для разрешения ситуации);

5) предлагает варианты решения проблемы с помощью «пробных решений», рассматривая различные точки зрения и не пытаясь переубедить клиента (на правах равных, партнерских отношений). Пробное решение приводит к изменению поведения не только у клиента, но и у его оппонента;

6) актуализирует ресурсы личности.

2. *Внушение* — «сознательное влияние психолога на подсознание клиента. Наилучшим условием для внушения является состояние

полного расслабления»¹. Достоинство метода: он не требует длительных разъяснений и дискуссий, поэтому можно быстрее добиться результата. Недостаток: эффективность внушения ниже, чем убеждения, поскольку не задействована воля клиента.

3. Психологическое консультирование.

Задача: помочь клиенту разобраться в своих проблемах и вместе с ним найти пути разрешения этой ситуации.

Таким образом, целью психолога при индивидуальной психокоррекции является проникновение во «внутренний мир» клиента в целях повышения адаптивности, раскрытия его потенциала и личностного роста. Эффективность индивидуальной психологической коррекции зависит от квалификации и личностных качеств психолога, адекватности применяемых методик и техник, позиции по отношению к клиенту, а также от ответственной готовности человека к изменениям себя и своей жизни.

3.3. Специфика групповой формы психокоррекции

Специфика групповой психокоррекции заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая психолога, в коррекционных целях.

Психокоррекционная группа — объединение индивидов с общей целью межличностного взаимодействия «здесь и сейчас», самораскрытия, саморазвития и научения новому поведению.

Групповая динамика — совокупность событий и межличностных взаимодействий в группе, контролируемых и направляемых ведущим (психологом, психотерапевтом). Она направлена на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить и глубже понять себя, увидеть неадекватные отношения и установки, эмоциональные поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного принятия. Состав группы определяется ее типом, формой и содержанием психокоррекционной работы.

Коррекционные группы подразделяются по типам, исходя из основной цели:

— группы самосовершенствования (личностного роста) и обучающие группы (Т-группы): участники — здоровые люди;

¹ Осипова А. А. Указ. соч. С. 271.

- группы решения проблем (участники имеют жизненные трудности);
- группы лечебные (клиническая психотерапия);
- группы, центрированные на руководителе (группы тренинга умений);
- группы, сфокусированные на ее членах (группы встреч).

Состав группы определяется ее типом, формой и содержанием психокоррекционной работы.

Цели групповой психокоррекции: осознание и проработка проблем клиента, его внутриличностных и межличностных конфликтов, коррекция неадекватных отношений, катастрофических и других неконструктивных установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа межличностного взаимодействия.

Задачи групповой психокоррекции:

1. Познание себя (когнитивный аспект).
2. Коррекция отношений (эмоциональный аспект).
3. Саморегуляция (поведенческий аспект).

В *познавательной сфере* (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание) групповая психокоррекция должна способствовать тому, чтобы клиент осознал:

- 1) связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением своих проблем;
- 2) какие ситуации в жизни вызывают у него напряжение, тревогу, страх и другие эмоции, провоцирующие появление и усиление соматических или психических симптомов;
- 3) связь между негативными эмоциями и появлением, усилением психосоматических расстройств;
- 4) особенности своего поведения и эмоционального реагирования;
- 5) как воспринимают и оценивают его поведение окружающие, какие последствия это поведение имеет;
- 6) существующее рассогласование между собственным образом «Я» и восприятием себя другими;
- 7) собственные мотивы, потребности, стремления, отношения, установки, особенности поведения, эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- 8) характерные защитные механизмы;
- 9) внутренние психологические проблемы и конфликты;
- 10) особенности межличностного взаимодействия, межличностные конфликты и их причины;

11) более глубокие причины переживания и способы реагирования, а также условия, особенности формирования системы отношений;

12) собственную роль, меру своего участия в возникновении и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также то, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В *эмоциональной сфере* психокоррекция должна помочь:

1) получить эмоциональную поддержку, что приводит к ощущению собственной ценности, ослаблению защитных механизмов, росту открытости, активности и спонтанности;

2) пережить те чувства, которые клиент часто испытывает в реальной жизни и с которыми ранее он не мог справиться;

3) пережить неадекватность своих эмоциональных реакций;

4) научиться искренности в отношении к себе и к другим;

5) стать более свободным в выражении собственных негативных и позитивных чувств;

6) научиться более точно понимать и вербализовать свои чувства и эмоциональные состояния;

7) раскрыть свои проблемы и переживания;

8) модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;

9) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В *поведенческой сфере* психокоррекция должна помочь:

1) увидеть свои неадекватные поведенческие стереотипы;

2) приобрести навыки более искреннего, свободного общения;

3) преодолеть неадекватные формы поведения, в том числе связанные с избеганием сложных ситуаций;

4) развить формы поведения, связанные с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью;

5) закрепить новые формы поведения, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;

6) вырабатывать и закреплять адекватные формы поведения и реагирования в познавательной и эмоциональной сферах¹.

При разработке тренинговых занятий психологу важно знать методологию и методику проведения тренинга. Так, при проведении группового тренинга необходимо определить принципы и критерии формирования группы, продолжительность занятий, иметь соответствующее количеству участников помещение, где места расположены

¹ См.: Осипова А. А. Указ. соч.

по кругу, что способствует их активному взаимодействию. Методика проведения тренинга описывает структуру, этапы проведения тренинга, групповые нормы, типологию тренинговых методов.

Традиционно выделяют следующие этапы проведения группового тренинга: целеполагание (ведущий сообщает участникам тему, цель, задачи, порядок проведения тренинга, выясняет групповые ожидания и приводит их в соответствие с целью занятия), принятие правил работы группы, оценка уровня информированности группы по теме тренинга, актуализация проблемы, информирование, формирование практических навыков, подведение итогов работы.

Методами тренинга являются методы стимуляции взаимодействия участников, методы обучения, методы коррекции, методы обсуждения, методы результатов оценки тренинга. Так, например, среди методов обсуждения используются: метод переноса (ведущий предлагает перенести сложную для участника ситуацию на другого), метод «проверки реальностью» (предлагается конкретная реальная ситуация), метод «трех измерений» (анализ ситуации с трех точек зрения), метод «медали» (анализ противоположных сторон ситуации). Часто психологи при проведении тренингов совершают ошибки, связанные с отсутствием методических навыков. Они превращают тренинг не в обучающее и коррекционное мероприятие, где каждый этап строго соответствует цели и задачам тренинга, а в развлекательное или релаксационное мероприятие, нагруженное различными упражнениями, логически не связанными с целью. Методическая подготовка психолога органов внутренних дел к проведению групповых и индивидуальных тренингов является залогом их эффективности.

В качестве основных механизмов коррекционного воздействия могут рассматриваться корригирующие эмоциональные переживания, конфронтация и научение.

Механизмы коррекционного воздействия (по И. Ялому):

1. Сообщение информации: сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликта, нервно-психического здоровья, причин возникновения и развития нарушений, о сущности психокоррекции и др.

2. Внушение надежды на успех решения проблемы под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений.

3. Универсальность страданий, переживаний и понимание клиентом того, что он не одинок, что другие члены группы также имеют про-

блемы, конфликты, переживания. Это способствует появлению чувства общности и солидарности с другими, повышению самооценки.

4. Альтруизм — возможность в процессе групповой психокоррекции помогать друг другу, повышая уверенность в себе, самоуважение, способность быть полезным и нужным.

5. Выявление и реконструкция прошлых эмоциональных и поведенческих стереотипов — проблем, переживаний, чувств и способов поведения, характерных для родительских и семейных отношений в прошлом, возможность их проработки, исходя из актуальной ситуации, когда психолог выступает в роли отца или матери для клиента, а другие участники — в роли братьев, сестер и других членов семьи.

6. Развитие техники межличностного общения за счет обратной связи и анализа переживаний; можно увидеть свое неадекватное межличностное взаимодействие и в ситуации взаимного принятия изменить его, выработать и закрепить более конструктивные способы поведения и общения.

Интерпретация: «Я думаю, что ты делаешь...».

Обратная связь: «Когда ты делаешь..., я чувствую ...».

7. Имитационное поведение. Клиент может обучиться более конструктивным способам поведения за счет подражания психологу и другим успешным членам группы.

8. Интерперсональное влияние. Получение новой информации о себе за счет обратной связи, что приводит к изменению и расширению образа «Я». Возможность анализа и проработки эмоциональных ситуаций, с которыми клиент ранее не мог справиться.

9. Групповая сплоченность — чувство принадлежности группе, доверие, взаимное принятие друг друга (чувство «Мы вместе»). Признание ценности, значимости, уникальности внутреннего мира, готовности группы понимать клиента.

10. Конфронтация — столкновение клиента со своими проблемами, конфликтами, установками, отношениями, эмоциональными и поведенческими стереотипами. Конструктивная критика.

11. Катарсис. Отреагирование, эмоциональная разгрузка, выражение сильных чувств.

12. Инсайт (осознание) неосознаваемых прежде связей между особенностями своей личности и способами поведения¹.

¹ Приводится по: Осипова А. А. Указ. соч.

Таким образом, преимуществами групповой психотерапии являются: приобретение социальных навыков межличностного взаимодействия, воссоздание реальной жизненной ситуации, обмен жизненным опытом и способами решения проблем др.

Контрольные вопросы:

1. Назовите формы психологической коррекции и дайте им краткую характеристику.
2. Перечислите достоинства и недостатки индивидуальной и групповой психокоррекции.
3. Назовите показания и противопоказания к индивидуальной и групповой психологической коррекции.
4. Каковы задачи индивидуальной и групповой психологической коррекции?
5. Расскажите об особенностях формирования психокоррекционной группы.
6. Перечислите и охарактеризуйте механизмы коррекционного воздействия (по И. Ялому).
7. Назовите стадии индивидуальной психокоррекции, границы конфиденциальности.
8. Опишите особенности формирования психологом коррекционной программы.
9. Каковы факторы, влияющие на эффективность психокоррекционной группы?
10. Опишите методику проведения групповых тренингов.

ТЕМА 4. ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

4.1. Понятие «личностного потенциала». Развитие личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел.

4.2. Понятие психологического кризиса, роль ресурсов личности в преодолении кризисных ситуаций.

4.3. Программа психологической помощи при нормативных кризисах.

4.1. Понятие «личностного потенциала».

Развитие личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел

Эффективность оперативно-служебной деятельности во многом зависит от личностного потенциала, уровня личностно-профессионального развития (в том числе управленческой компетентности) как сотрудников органов внутренних дел, так и руководителей правоохранительной системы различного ранга.

Личностный потенциал (по Д. А. Леонтьеву) — это интегральная характеристика уровня личностной зрелости, которая отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, и, в конечном счете, самого себя, а также меру прилагаемых ею усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни. Личностный потенциал включает устойчивую совокупность личных свойств, накопленных человеком в процессе жизнедеятельности и обуславливающих его способность (возможность) к оптимальному осуществлению деятельности¹.

А. Ж. Аверина с соавторами определяет личностный потенциал как «системную характеристику индивидуально-психологических особенностей личности, лежащую в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся

¹ См. об этом: Леонтьев Д. А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Вып. 1 / под ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. — М. : Смысл, 2002. — С. 56–65.

внешних условий»¹. При этом критерии устойчивости базисных убеждений, определяющих мотивационно-ценностное ядро личности, являются ключевыми в совокупности параметров, определяющих личностный потенциал (Д. А. Леонтьев, А. Г. Маклаков).

Согласно современным представлениям, личностный потенциал включает пять аспектов. «Гносеологический потенциал характеризуется психическими познавательными процессами, способностью к самопознанию, а также объемом и качеством знаний о внешнем мире. Аксиологический потенциал определяется системой ценностных ориентаций в нравственной, политической, религиозной, эстетической сферах (идеалами, жизненными целями, убеждениями и устремлениями), которые приобретаются с помощью эмоционально-волевых и интеллектуальных процессов, раскрываясь в мироощущении и мировоззрении личности. Творческий потенциал включает умения и навыки, их реализацию в сферах труда, способность к действию (созидательному, продуктивному или репродуктивному), социально-организаторской и критической деятельности. Коммуникативный потенциал личности определяется характером, формами, содержанием и длительностью межличностных контактов в системе социальных ролей. Художественный потенциал характеризуется уровнем, содержанием, интенсивностью эстетических потребностей личности и способами их удовлетворения (в профессиональном или самодеятельном творчестве, любви к произведениям искусства и др.)»².

В исследовании Г. М. Зараковского, Г. Б. Степановой выделены группы свойств личности, из которых складывается индивидуальный психологический потенциал работника: векторная активность (направленность личности, ее потребности, мотивы, цели деятельности); эргическая активность (инициативность, энергичность, уровень работоспособности); интеллект и креативность (умственные способности, воображение, интуиция); регуляторные качества (самооценка, стремление к саморазвитию, способность планировать свою деятельность, воля, самодисциплина, способность к риску, устойчивость к стрессу).

А. Г. Маклаков также ввел понятие личностного адаптационного потенциала — одной из интегральных характеристик психического развития личности, отражающей адаптационные способности инди-

¹ Аверина А. Ж. и др. Личностный потенциал. Структура и диагностика: коллективная монография. — М. : Смысл, 2011. С. 4 (1190 с.).

² Организация психологической работы с личным составом органов внутренних дел : учеб. пособие. — М. : ДГСК МВД России, 2012. С. 32–33.

вида, которые зависят от его психологических особенностей и функциональных резервов, а также определяют возможность адекватной регуляции функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности¹.

В ходе экспериментальных исследований было установлено, что в условиях угрозы жизни (при воздействии экстремальных факторов) люди с высоким адаптационным потенциалом имеют не только больше шансов уцелеть, но и более успешно выполняют свои профессиональные обязанности, а также в последующем в более короткие сроки способны восстановить оптимальное физическое и психологическое состояние организма. По мнению А. Г. Маклакова, личностный адаптационный потенциал является «самостоятельным фактором успешной деятельности в различных условиях, который необходимо учитывать при прогнозировании профессиональной пригодности»².

Таким образом, в целях повышения эффективности оперативно-служебной деятельности необходимо развивать параметры, определяющие личностный потенциал сотрудников органов внутренних дел и способствующие их личностно-профессиональному развитию.

Приказ МВД России от 25.12.2020 № 900 регламентирует деятельность психологов по *личностно-профессиональному развитию* сотрудников, в том числе замещающих должности руководителей (начальников, командиров) всех уровней управления, их заместителей и помощников³. В связи с этим в деятельности психологов получают все большее распространение различные психотехнологии, программы и тренинги для сотрудников и руководителей подразделений органов внутренних дел. Например, тренинг личностного роста, развития профессиональных компетенций и управленческого потенциала, психотехнологии развития аутопсихологической компетентности, формирования оптимального стиля управления, психологической устойчивости к управлению в экстремальных условиях, программа

¹ Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 16–24.

² Там же. С. 23.

³ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации» (текст приказа опубликован не был) [Электронный ресурс] доступ из СПС pravo.gov.ru.

профилактики профессионального стресса руководителей органов внутренних дел.

В Академии управления МВД России под руководством профессора В. И. Черненилова разработана концепция психологического потенциала в управлении, согласно которой в структуру профессионально-психологического потенциала сотрудника включены две подструктуры: психотехнологическая и личностная. Психотехнологическая подструктура обеспечивает рациональное выполнение должностных обязанностей, а личностная — задает систему ценностей жизни и смысловых координат деловой целеустремленности, в том числе предопределяя индивидуально-стилевые особенности профессиональной деятельности. Первая — служит показателем того, какого уровня специалистом может стать данный сотрудник, если определенные психологические переменные будут актуализированы при выполнении профессиональных задач. Вторая — какой личностью может развиваться данный человек и как это может сказаться на его профессиональной деятельности и жизни в целом.

Программы развития личностно-профессионального потенциала сотрудников органов внутренних дел, например, предполагают проведение *тренингов личностного роста*.

Личностный рост — это сложный процесс самоактуализации, самосовершенствования человека в самом широком спектре его проявлений, способствующий личностной зрелости. «При полноценном личностном росте эти изменения затрагивают взаимоотношения личности как с внутренним миром (интраперсональность), так и с внешним миром (интерперсональность)»¹. Это может быть психологическое состояние (обретение уверенности, своего жизненного пути при взаимодействии со своим внутренним миром, примирение с самим собой и др.), гармонизация отношений с внешним миром («Я и Другие»), которые повышают способность к профессиональным, духовным, социальным достижениям, к самореализации в профессиональной деятельности, творчестве и семейной жизни.

Тренинг личностного роста включает в себя ряд занятий, направленных на развитие индивидуально-психологических качеств, повышающих эффективность деятельности сотрудников органов внутренних дел. Цель данного тренинга — качественные изменения, которые переводят возможности сотрудника на новый уровень и по-

¹ Минуллиная А. Ф., Гурьянова О. А. Тренинг личностного роста : методическое пособие. — Казань : Изд-во «Бриг», 2015. С. 13.

вышают эффективность его профессиональной деятельности. Специфическими чертами тренингов личностного роста являются: «нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии, наличие постоянной группы (от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение двух-пяти дней, применение активных методов групповой работы в атмосфере психологической безопасности, с акцентом на взаимоотношения участников в ситуации "здесь и теперь", соблюдение принципов групповой работы (максимальной активности участников, конфиденциальности, искренности и открытости, персонификации высказываний, партнерского общения, обратной связи и др.)»¹.

Оценивать эффективность тренинга личностного роста необходимо по следующим критериям:

1. Интраперсональные критерии:

— Принятие себя как личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, обретение веры в свои возможности, доверие к своему организму, так как цельный организм часто мудрее, чем его сознание.

— Доверие к себе, открытость внешнему и внутреннему опыту переживаний, способность «жить настоящим».

— Понимание себя — точное, полное и глубокое представление о себе и своем состоянии (включая актуальные переживания, мотивы, мысли и др.); способность увидеть и услышать себя подлинного, сквозь наслоения масок, ролей и защит; адекватная и гибкая «Я»-концепция, чувствительная к актуальным изменениям и новому опыту, сближение «Я»-реального и «Я»-идеального.

— Ответственная свобода (ответственность за проживание своей жизни, за выбор ценностей, оценочных суждений, независимость от внешнего давления, за самоактуализацию, верность себе и своим убеждениям).

— Сохранение целостности внутреннего мира личности: конгруэнтности (например, между разумом и чувствами, «Я»-реальным и «Я»-идеальным, и др.), интегрированности и взаимосвязанности всех аспектов жизни человека.

— Динамичность, гибкость, открытость к изменениям и способность к развитию при сохранении своей идентичности.

2. Интерперсональные критерии:

¹ Там же. С. 19–20.

— Принятие других людей такими, какие они есть, уважение их своеобразия и права быть собой, глубокое понимание на основе сопереживания и эмпатии. Свобода от предрассудков и стереотипов, способность к адекватному восприятию окружающей действительности вообще и в особенности — других людей.

— Социализированность — это способность к конструктивным социальным отношениям, т. е. жить с другими в максимально возможной гармонии.

— Творческая адаптивность — готовность мужественно встречать жизненные проблемы и справляться с ними, и умение использовать при этом все потенциальные внутренние возможности¹.

Одним из вариантов тренинга личностного роста является *тренинг профессиональной и жизненной успешности*, который направлен на повышение мотивации профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел за счет реализации принципа метафорической биологизации (активизация энергии природных мотивов человека)².

В контексте рассматриваемой проблематики личностно-профессионального потенциала сотрудника органов внутренних дел необходимо выделить его структурные составляющие (по А. М. Столяренко, рис. 8).

¹ Минуллина А. Ф., Гурьянова О. А. Указ. соч. С. 14–15.

² См.: Деева Н. А. Тренинг профессиональной и жизненной успешности сотрудников органов внутренних дел: ресурсы, значимость, субъектность : учебно-практическое пособие. — Краснодар : Изд-во КУ МВД России, 2021. — 191 с.



*Рисунок 8. Структурные составляющие
лично-профессионального потенциала*

По мнению А. А. Абрамян профессионально-личностный потенциал руководителя включает в себя следующие структурные компоненты: «мотивационно-ценностный (мотивы выбора профессии и удовлетворенность профессией, ценности профессиональной деятельности), когнитивно-волевой (интеллектуальные, коммуникативные и организаторские способности, волевые качества, эмоциональная стабильность), операционально-действенный (управленческая компетентность)»¹.

В настоящее время в системе МВД России получает развитие также научный потенциал методологии компетентностного подхода. Разрабатываются и апробируются технологии описания профилей профессиональных компетенций в соответствии с основными видами деятельности.

Анализ деятельности руководителей органов внутренних дел различных служб и подразделений позволил выделить ряд управленческих компетенций, обеспечивающих ее эффективность. Среди

¹ Абрамян А. А. Развитие профессионально-личностного потенциала руководителя дошкольного образовательного учреждения: автореф. дис. ... канд. пед. наук. — М. : МГПУ, 2012. С. 15–16.

управленческих компетенций, обеспечивающих эффективность профессиональной деятельности руководителя, выделяют:

— организаторскую компетентность — способность собрать и направить в нужное русло личные и коллективные ресурсы, необходимые для реализации целей деятельности, способность принимать управленческие решения, действовать и нести за это ответственность, способность мотивировать сотрудников к активной деятельности;

— коммуникативность — способность создавать и поддерживать благоприятный социально-психологический климат в коллективе, способность создавать каналы коммуникации (слышать других, принимать обратную связь, конструктивно воспринимать чужие идеи);

— целеустремленность — способность превращать полученные в процессе деятельности требования в индивидуальную цель, способность выделять приоритеты и временную последовательность целей, настойчивость и ориентация на получение наилучших результатов в достижении поставленных целей;

— аналитичность — способность логично, последовательно мыслить и действовать, систематически анализируя текущие факторы, влияющие на эффективность деятельности коллектива;

— системность — способность структурировать, систематизировать, стандартизировать подходы к решению задач, умение мыслить целостно;

— планирование — способность определять и формулировать цели в соответствии с содержанием и сроками поставленных задач, осуществлять контроль достижения сотрудниками поставленных целей;

— делегирование — способность объяснять задачи, обеспечивать условия их выполнения и возлагать ответственность за их выполнение на сотрудников, учитывая при этом их способности, возможности, мотивацию;

— гибкость и адаптивность — способность быстро и адекватно реагировать на внештатные ситуации, изменяющиеся требования и условия деятельности, способность видеть парадоксы, противоречия и определять пути решения проблем с их учетом;

— стрессоустойчивость — способность сохранять эффективность деятельности в сложных и критических ситуациях, способность к самоконтролю, саморегуляции¹.

¹ См.: Белова Е. Н. Управленческая компетентность руководителя : монография. — Красноярск : Красноярский гос. ун-т, 2018. — 255 с.

Для личностно-профессионального развития руководителей и их заместителей всех уровней управления проводится *тренинг управленческой компетентности*, построенный по принципу конструктора. Такими конструктами выступают тематические модули (блоки), направленные на развитие нескольких логически взаимосвязанных компетенций:

- управление подчиненными;
- планирование деятельности;
- тайм-менеджмент;
- постановка задач и контроль за их выполнением;
- мотивация сотрудников;
- лидерство и харизма;
- развитие личностных качеств руководителя.

Учитывая дефицит времени руководителей и то, что многим руководителям необходимо развитие не всех перечисленных компетенций, подобный вариант тренинга, обеспечивающий гибкость в использовании модулей, оказывается наиболее удобным. Кроме того, если разработан профиль управленческих компетенций, тогда модульный тренинг позволяет ликвидировать разрыв компетенций — отклонение отдельных компетенций профиля руководителя от требуемого уровня их развития.

Таким образом, повышение управленческой компетентности руководителей органов внутренних дел, так же, как и тренинги личностного роста, являются существенным резервом обеспечения эффективности и надежности оперативно-служебной деятельности сотрудников полиции.

4.2. Понятие психологического кризиса, роль ресурсов личности в преодолении кризисных ситуаций

Психологический кризис (от греч. crisis — решение, поворотный пункт, исход) — состояние, при котором невозможно дальнейшее функционирование личности в рамках прежней модели поведения. Кризис — не патология развития, это норма человеческого развития. Кризис, нарушая привычный ход жизни и затрагивая фундаментальные потребности и ценности, требует от человека переосмысления жизненных целей, отношений с окружающими, образа жизни и др. Поэтому успешное преодоление кризиса способствует личностному росту человека, его большей зрелости.

В современной психологической науке существуют различные типологии кризисов, среди которых выделяют нормативные и ненормативные.

Нормативные кризисы сопровождают человека на протяжении всей жизни — это кризисы развития — переходный период от одного этапа развития к другому, от одной стадии развития к другой.

К нормативным кризисам относятся:

- 1) возрастные — обусловлены переходом на следующий возрастной этап;
- 2) профессиональные — связаны с этапами профессионального развития;
- 3) творческие — определяются творческой деятельностью;
- 4) экзистенциальные — связаны с мировоззренческим отношением к понятиям: «жизнь/смерть», «свобода/ответственность», «любовь/отчуждение», субъективным осознанием смысла жизни;
- 5) духовные — обусловлены личностным и духовным ростом (кризисы отношений, состояний, морально-этические)¹.

Что касается профессионального становления сотрудников органов внутренних дел, то в этом процессе можно выделить следующие нормативные кризисы:

- кризис профессиональной адаптации (18–25 лет);
- кризис профессионального роста (25–30 лет);
- кризис профессиональной карьеры (30–33 года);
- кризис социально-профессиональной самоактуализации (38–45 лет);
- кризис угасания профессиональной деятельности (55–65 лет).

Факторами риска развития профессиональных кризисов у сотрудников органов внутренних дел могут являться, например, личная неудовлетворенность социальным статусом; замещение должности с высоким уровнем ответственности; плохой морально-психологический климат в коллективе; ухудшение здоровья; трудовоголизма; синдром «эмоционального выгорания»; выход на пенсию и др. Кризис актуализирует мысли о недостаточной профессиональной компетентности и ощущение беспомощности, «ненужности», «профессиональной некомпетентности».

Другим типом кризиса являются *ненормативные кризисы*, которые возникают под воздействием кризисной ситуации. Кризисная си-

¹ См.: Психология кризисных и экстремальных ситуаций : учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. — СПб. : Изд-во СПбГУ, 2018. — 748 с.

туация выходит за рамки обычного опыта, к ней нет готовых адаптивных стереотипов поведения, поэтому она вызывает потрясение человека и изменение его привычной картины мира. Выделяют два типа кризисных ситуаций: экстремальные ситуации и ситуации утраты близкого. Переживая кризисное состояние, человек чувствует тревогу различной интенсивности, может переживать: стыд, тоску, ярость, вину, пустоту. Он постоянно фиксируется на психотравмирующей ситуации, ощущает собственную беспомощность, безнадежность, одиночество. Человек пессимистично оценивает собственную личность, окружающую среду и будущее, испытывает затруднения в планировании, может возникнуть полная дезорганизация личности. Если переживания достигают максимума психической устойчивости, возможны суицидальные действия.

Ненормативные профессиональные кризисы сотрудников органов внутренних дел — неожиданные кризисные ситуации, критически влияющие на профессиональную деятельность и развитие (травма, перемена места жительства, невозможность работать по своей профессии, сокращение, увольнение и т. д.).

Компоненты кризисного состояния:

1. Эмоциональный (наиболее выражен) — включает интенсивно негативный характер переживаний (для человека характерны высказывания: «Мне плохо», «Я этого не вынесу»); необычность («Я не знаю, что со мной»), многообразие (страх, подавленность, апатия, вина, безнадежность, злоба, обида и т. п.) и противоречивость чувств (например, боль и облегчение); неприемлемость («Я схожу с ума») и отрицание испытываемых переживаний («Я держу себя в руках»).

2. Когнитивный — неспособность человека самостоятельно найти выход из кризиса («Я не знаю, что мне делать»), так как он не способен увидеть ситуацию с разных сторон и точек зрения (одномерное, «тоннельное видение»).

3. Мотивационный и поведенческий компонент — потеря смысла и жизненных ориентиров («Я ничего не хочу», «Я устал от всего этого»), отказ от каких-либо действий по преодолению ситуации, ощущение «потери себя», дезориентация в принятии решений. Человек чувствует, что все, что с ним происходит, не вписывается

в его «Я-концепцию» и мироощущение, выходит за рамки его представлений о себе и о своем нормальном поведении¹.

Кризисные состояния отличаются по длительности и интенсивности, но в их динамике можно выделить следующие стадии:

- стадия «психического шока» — период дезорганизации психической деятельности, эмоционального дисбаланса;

- стадия демобилизации — отказ от деятельности, кроме жизненно важных сфер;

- стадия пессимизма — период мрачно-окрашенного мироощущения;

- стадия мобилизации — преобладает эмоциональное напряжение, происходит мобилизация внутренних и внешних ресурсов;

- стадия адаптации — принятие создавшейся ситуации, ее рационализация и включение во внутриличностную картину мира;

- стадия восстановления — период нормализации психической деятельности, восстановление эмоционального баланса.

Преодолению кризисных состояний различной этиологии способствуют ресурсы личности (внешние и внутренние), которые являются составной частью понятия личностного потенциала.

По мнению Н. Е. Водопьяновой, ресурсы психологического преодоления — это актуализированные потенциальные возможности человека, представленные в виде инструментов психической саморегуляции, направленных на совладание со стрессорами прошлых, настоящих или будущих жизненных ситуаций. Основными атрибутами ресурсов преодоления являются осмысленность, осознанность, мотивированность, значимость и целенаправленность их использования, а также осознанного накопления для совладания с прогнозируемыми в будущем стрессовыми ситуациями².

Ю. Ю. Стрельникова с соавтором указывает, что в контексте *ресурсной* концепции личностные и социальные переменные рассматриваются как ресурсы психологического преодоления кризисных ситуаций. Согласно модели «консервации» (накопления) ресурсов С. Е. Хобфолла (St. E. Hobfoll, 1989), люди стремятся приобрести, сохранить, защитить и восстановить то, что ценно для них, при этом

¹ См.: Там же.

² Водопьянова Н. Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. — СПб. : Изд. СПбГУ, 2009. Сер. 12. Вып. 1. Ч. 1. С. 75–86.

стресс возникает как в ситуациях фактической или угрожаемой потери ресурсов, так и в ситуации невозможности возмещения истраченных ресурсов.

С. Е. Хобфолл считает, что ресурсы (психические, энергетические, вегето-соматические характеристики и др.) необходимы для выживания и способствуют психологической устойчивости человека в стрессовых ситуациях (табл. 1).

Таблица 1

Классификация ресурсов (по С. Е. Хобфоллу)

Признак	Классификация	Проявления	Примечания
«Я-концепция» индивида	1. Внутренние ресурсы	Самоуважение, ценностные ориентации, оптимизм, креативность, профессиональные навыки и др.	Внутренние ресурсы более доступны, чем внешние (во времени и социальном пространстве)
	2. Внешние ресурсы	Социальная поддержка, работа, профессиональный и экономический статус, и др.	Мобилизация внешних ресурсов требует усилий и больших временных затрат, приспособления к обстоятельствам, затрудняющим их использование
Структурная классификация	1. Объектные ресурсы	Характеризуются своим физическим объективным присутствием (дом, автомобиль, самолет, драгоценности и т. п.)	Люди прикладывают огромные усилия для их достижения; эти ресурсы необходимы как для поддержания статуса, самооценки, так и для выживания
	2. Личностные ресурсы	Включают в себя навыки (профессиональные, социальные, лидерские), личностные качества (самооценка, активность, продуктивность, интеллект, способность аналитически мыслить, эмоционально-волевой контроль, воля к жизни, адекватные копинг-стратегии и др.)	Являются продуктами образования, воспитания и ролевой адаптации; могут быть обусловлены биологическими особенностями темперамента, которые способствуют развитию отдельных личностных черт (коммуникабельности, активности и др.). Копинг-поведение снижает остроту эмоционального компонента кризисной ситуации. Воля к жизни мотивирует на самоспасение в любых условиях

Признак	Классификация	Проявления	Примечания
	3. Ресурсы состояний или условий	Одни из них имеют биологическую основу (здоровье), другие — «зарабатываются» (брак, семья, стаж), зависят от наследования (первенство рождения) или социального ранга (высокая должность, престижная работа)	Такие ресурсы долго приобретаются и требуют больших затрат, при этом их можно быстро потерять (увольнение, измена в браке, болезнь и т. п.). Они являются основой (условиями) для приобретения других ресурсов, их можно обменять на ресурсы первых двух категорий
	4. Энергетические ресурсы	Включают деньги и знания	Они могут быть инвестированы в приобретение других ресурсов или защиту от их потери
По значению для выживания	1. Первичные	Имеют непосредственное отношение к выживанию (еда, вода, одежда, медикаменты и др.)	Первичные и вторичные ресурсы важны для выживания при любом типе ЧС. При природных катастрофах третичные ресурсы теряют свое значение
	2. Вторичные	Содействуют первичным ресурсам (принадлежность к группе, социальная поддержка, личностные характеристики, деньги и др.).	
	3. Третичные	Социальный и экономический статус, титулы, роскошные автомобили, дома, одежда, способствующие доминированию в социуме	

К. С. Вызулина определила, что ресурсы востребованной личности молодого военнослужащего обуславливают достижение высокого уровня социальной адаптации и включают: развитый личностный адаптационный потенциал, высокую осмысленность жизни, преобладание внутренней мотивации, потребность в росте и развитии как личности, в востребованности и интересной работе, четком структурировании рабочей деятельности, формировании навыков решения сложных профессиональных задач; наличие ценностей счастливой семьи, здорового образа жизни, хороших друзей, а также личностные качества (уверенность в себе, сообразительность, эмоциональная стабильность, подчиненность, жесткость, конформность)¹.

¹ Вызулина К. С. Указ. соч. С. 8.

По мнению К. С. Вызулиной, истощение ресурсов отмечается в периоды зрелости кадрового военнослужащего и маркируется ослабленным личностным адаптационным потенциалом, неудовлетворенностью профессиональной реализации, переживанием профессиональной невостребованности, негативным отношением к себе как профессионалу и результатам своей профессиональной деятельности, ригидностью мышления, эмоциональной неустойчивостью, уступчивостью, чувствительностью, подозрительностью, прямолинейностью, тревожностью, нонконформизмом, перфекционизмом в форме высокого самоконтроля поведения¹.

Одна из задач психологической помощи в период кризиса заключается в актуализации ресурсов клиента (привлечение внимания к объективным и субъективным ресурсам, перевод из латентной в актуальную память знаний о них, осознание того, что часть ресурсов не используется человеком, а часть — являются опосредованными, открывающими доступ к другим ресурсам).

По мнению Л. В. Куликова, позитивный выход из кризисной ситуации обусловлен возможностями адаптационного потенциала личности: если экстремальные воздействия не превышают пределов психологической устойчивости, то их преодоление увеличивает адаптационные ресурсы, расширяет спектр адаптационных стратегий, обогащает опыт преодоления трудностей².

Принято думать, что прошлый травматический опыт — это источник проблем последующей жизни, однако такой взгляд не является единственно верным. Противоположное представление о том, что прошлое — это не только источник страдания, но также и ресурс (ценный обучающий опыт) может помогать человеку в достижении его целей.

Таким образом, понимание роли ресурсов личности, а также внешних и внутренних факторов риска в развитии состояний дезадаптации, лежит в основе комплексного подхода к разработке программ психологической помощи при нормативных кризисах у сотрудников органов внутренних дел.

¹ Там же. С. 9–10.

² Куликов Л. В. Здоровье и субъективное благополучие личности // Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб., 2000. С. 405–442.

4.3. Программа психологической помощи при нормативных кризисах

Общим признаком всех деструктивных стратегий преодоления кризисов является фактическое нежелание и/или неспособность человека переосмыслить проблему, принять решение, взять ответственность за свою жизнь на себя, страх жизненных изменений, позиция «жертвы», внешнеобвинительная позиция. Конструктивная стратегия преодоления кризиса предполагает принятие реальности, анализ происходящего с позиции осмысления жизненного опыта и поэтапного выхода из нее, принятие ответственности на себя. В этом случае кризис становится этапом личностного роста, личностной зрелости.

Цель программы психологической помощи в условиях нормативного кризиса — привести личность к большей целостности, помочь человеку осмыслить и принять ситуацию в контексте меняющейся жизни, взять на себя ответственность за собственную жизнь, а также актуализировать внешние и внутренние ресурсы для выхода из кризисного состояния.

Как было сказано выше (тема 3), любая психокоррекционная программа включает в себя взаимодополняющие блоки: диагностический, установочный, коррекционный и оценки эффективности коррекционных воздействий. Содержание первых двух блоков отличается индивидуальным характером, зависит от типа, стадии кризиса, варианта развития личности, факторов риска дезадаптации, личностных особенностей и мотивации клиента.

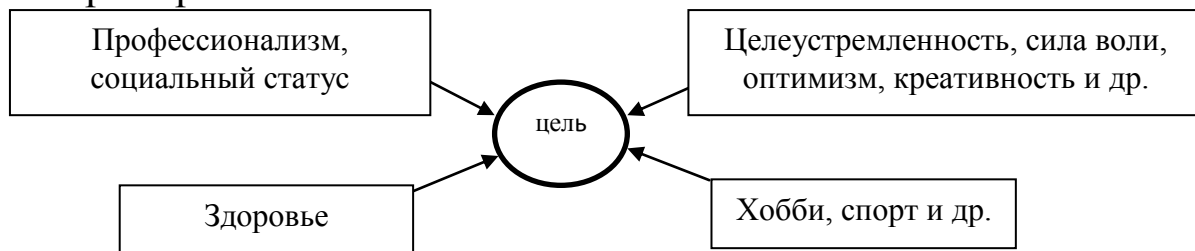
В качестве примера приведем программу психологической помощи, включающую три взаимно дополняющих коррекционных блока (актуализацию ресурсов, рационально-эмоциональную поведенческую терапию иррациональных установок, проработку психосоматических симптомов).

Первый коррекционный блок содержит упражнения, которые можно использовать для определения личных и социальных ресурсов клиента, их актуализации и стимулирования планирования «позитивного будущего».

Упражнение № 1. «Карта личных ресурсов»

Нарисуйте карту *личных ресурсов*. Что раньше помогало Вам преодолевать препятствия и достигать поставленной цели? Что сейчас и в будущем может помочь?

Например:

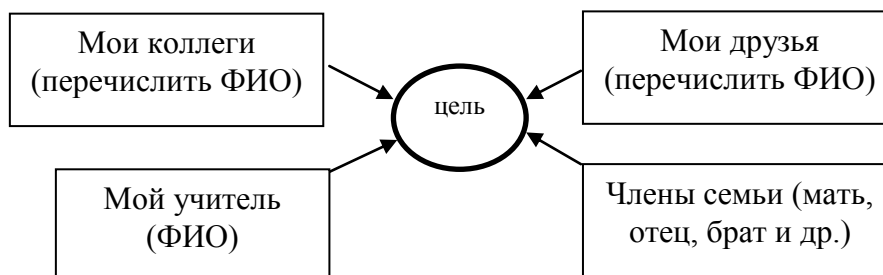


Обсудить с клиентом: как именно будут использоваться личные ресурсы в достижении поставленной цели.

Упражнение № 2. «Карта социальных ресурсов»

Нарисуйте карту *социальной сети* (окружения, которое может способствовать достижению цели). При этом необходимо подчеркнуть, что реализация личной цели идет в социальной сфере (многие видят мир как враждебный, однако всегда найдутся люди, которые смогут оказать помощь и поддержку).

Например:



После того, как клиент вспомнил максимальное количество людей личной социальной сети, обсуждаются следующие вопросы:

1. Какие люди имеют или имели ранее отношение к вашей цели (помогали, мешали)?

2. Выбрать из них и выделить на рисунке двоих наиболее значимых (помогающих).

3. Ответить на вопросы:

— Какова заслуга перед Вами этих людей?

— Представьте, что Вы уже достигли своей цели, кого Вы пригласите за праздничный стол?

— Что Вы скажете, решив поблагодарить этих людей?

При этом важно стимулировать клиента к тому, чтобы он сообщил этим людям об их заслугах, смог поблагодарить их (для усиления сотрудничества в будущем).

— Знает ли этот человек, какую услугу он Вам оказал?

— Зачем ждать, может сказать ему об этом в ближайшее время?

Упражнение № 3. «История жизненных переживаний»

Цель: определение психологического времени личности (причинно-следственных связей прошлого, настоящего и будущего). Исследование ситуации в контексте жизненного пути. Содействие установлению связи между психической травмой, образом «Я» и планами на будущее. Оценка позитивного (личностный рост) или негативного (стагнация развития) влияния жизненных событий на образ «Я».

Жизненные события важны для: планирования будущего; понимания внешнего мира (поведения людей, социальных норм и др.); осознания уникальности собственной жизни и ценности своего опыта; формирования представления о себе как личности (образ «Я»), отношения к себе и своим ресурсам.

Обсудить с клиентом следующее:

Многие люди считают, что перенесенные трудности их чему-либо научили. Можно ли то же самое сказать о Вас?

Задание для клиента:

1. На листе бумаги начертите систему координат: вертикальная ось — это положительный и отрицательный полюса переживаний (от -5 до +5); горизонтальная ось — это время Вашей жизни (годы).



2. Отметьте в настоящем времени на оси переживаний то эмоциональное состояние, которое у Вас есть сейчас.

3. Вспомните значимые («переломные») события в Вашей жизни, которые связаны с негативными переживаниями. Когда они были? Какие эмоции Вы тогда испытывали? Отметьте на «линии времени» эти события и интенсивность переживаний. Какое из них было максимально тяжелым?

4. Вспомните события, когда Вы испытывали сильные положительные переживания. Отметьте на «линии времени» эти события и интенсивность переживаний. Какое из них было самым счастливым?

5. Создайте позитивное представление о будущем (спланируйте будущие позитивные события своей жизни).

Обсудить с клиентом тот факт, что история жизни формирует восприятие себя и других, определяет ценности личности и ее ожидания, влияет на стиль взаимодействия и отношения между людьми, а также представляет собой тот ценный обучающий опыт, который является нашим *ресурсом*. Необходимо также отметить, что после психотравмы, переломного (критического) события временная ось биографии делится на время «до» и время «после», возникает феномен «укорочения жизненной перспективы». Стратегии совладания с психотравмирующим или кризисным событием могут быть неэффективны, поэтому необходимо обратиться к психологу, пересмотреть жизненные установки и изменить свою жизнь к лучшему.

Второй блок программы включает один из наиболее эффективных методов кризисной помощи — *рационально-эмоционально-поведенческую терапию (РЭПТ)*, разработанную А. Эллисом¹. Ядром теории РЭПТ является модель ABC, где А (активаторы, activating events) — это собственные мысли или любая ситуация, стимул, воспоминания или мысли о прошлом опыте. Предполагается, что проблемы клиента возникают потому, что в «А» каждый человек приносит «В» (beliefs): убеждения, цели, установки, взгляды, представления об «А», мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, внутренний разговор человека с собой, избирательную память и др. При этом «В» приводит к «С» — следствию (consequences): эмоциям или поведению. Рациональные взгляды ведут к продуктивному поведению, а иррациональные установки (и возникающие на их основе психологические проблемы) — к саморазрушению и иррациональному поведению (алкоголизации, наркотизации, трудоголизму и т. д.).

В РЭПТ коррекции подвергаются ошибочные, иррациональные когнитивные установки (убеждения, идеи, предположения, верования), которые не позволяют принять ситуацию, и формируются гибкие установки по отношению к жизненным событиям в целом. Также проводятся различия между конструктивными и неконструктивными

¹ См.: Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — СПб. : Речь, 2002. — 345 с.

эмоциями (например, гнев не конструктивен, а недовольство — конструктивно, так как является стимулом к изменению ситуации). Коррекция поведенческих нарушений осуществляется в направлении психической и физической энергии в активную деятельность: спорт, танцы, творчество и т. д. Такое преобразование внутренней энергии во внешнюю активность обогащает личность, развивает ее.

В рамках кризисной помощи в РЭПТ выделяют два основных типа проблем¹:

1. Третирирование, самоуничтожение себя («Я плохой», «Я недостойный») — проблемы эго; рациональной и здоровой альтернативой является безусловное принятие, которое включает в себя отказ давать собственному «Я» однозначную оценку и признание своего права на ошибку.

2. Проблемы дискомфорта — это преувеличение негативных сторон ситуации (реакция «Я этого не вынесу», «Я не в силах это пережить» и т. д), низкая толерантность к фрустрации, душевной боли. Однако терпимость к дискомфорту ради достижения цели и будущего счастья является рациональной альтернативой требованиям немедленного исполнения желаний. Поэтому основными задачами в РЭПТ являются оказание помощи человеку в самопринятии и повышении его толерантности к фрустрации.

Основные техники РЭПТ нацелены на изменение мыслей, настроения, поведенческих стратегий. Среди них: отработка навыков принятия решений, рефокусирование, расслабление и осознанность, копинг-карточки, техника последовательного приближения, экспозиция, ролевая игра, техника «пирога», функциональные сравнения, списки достижений и др.²

В качестве возможного варианта индивидуальной психокоррекции в рамках РЭПТ может быть выполнение следующих упражнений.

Упражнение № 1. «Формулирование иррациональных установок»

Напишите иррациональные установки, которые Вы слышали от своих родителей или значимых лиц. Например, «муж должен содержать семью», «жена должна слушаться мужа», «женщина должна уметь вкусно готовить», «ты должен учиться только на пятерки», «молчи, когда тебя не спрашивают» и т. д. Далее каждый интроект

¹ См.: Пристupa Е. Н. Теория социальной работы : учебник и практикум для академического бакалавриата. — М. : Изд. Юрайт, 2015. — 415 с. (С. 294).

² См.: Бэк Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / под ред. Д. В. Ковпак. — СПб. : Питер, 2018. — 416 с.

предлагается раскрасить цветом в зависимости от эмоций, которые возникают при невыполнении этих установок (красный цвет — страх; желтый — стыд; синий — вина). Формулировка каждой установки обсуждается с клиентом на предмет ее позитивности/негативности.

Упражнение № 2. «Изменение иррациональных установок»

Перефразируйте иррациональные установки в позитивные таким образом, как если бы Вы говорили их своим детям (при этом необходимо направить внимание клиента на тот факт, что *«никто никому ничего не должен — но, хорошо, если...»*). Например, «хорошо, если женщина (или мужчина) умеет вкусно готовить».

В **третьем блоке** программы клиенту предлагаются упражнения по индивидуальной проработке проявлений психосоматических симптомов. В этом случае психологическая помощь может осуществляться в рамках патогенетической и личностно ориентированной психотерапии.

Упражнение № 1. «Какая Я личность»

Необходимо ответить на вопросы: «Кто Я?», «Какой Я?» и написать несколько (10–15–20) характеристик: «Какая я личность?» (в списке желательно выделить позитивные и негативные аспекты).

После того как список написан, клиенту предлагается проанализировать, сколько в его ответах характеристик, характерных для всех людей, сколько описывают социальное «Я» (сын, дочь, сотрудник, друг и др.), а сколько — индивидуальное «Я» (например присущие только ему достоинства/недостатки характера, таланты, принципы, убеждения, способности, интересы и др.).

Далее клиенту (с целью проанализировать) предлагаются вопросы:

— Какие из перечисленных характеристик (общечеловеческие, индивидуальные, социальные) преобладают в Вашем списке?

— Каким представит Вас человек, который знакомится с Вами заочно, только по этому списку?

— Вы дали себе больше положительных или отрицательных характеристик? Назовите их.

— Что Вам хотелось бы в себе изменить?

При этом психолог может вступать в конфронтацию с ригидными убеждениями клиента, анализируя его сопротивление (защитные механизмы).

Упражнение № 2. «Рисунок тела»

У личности, которую Вы описали, есть тело — нарисуйте это «тело». Клиент на бумаге формата А 4 рисует «проекцию себя» (желательно цветными карандашами), при этом психологу важно подчеркнуть, что наличие художественных способностей не влияет на результат; важно отразить себя таким, каким «чувствуешь» или «видишь», стараясь сохранить пропорции (однако если какая-то часть тела на рисунке слишком отличается от остальных — это является диагностическим признаком и обсуждается отдельно).

Примеры возможных рисунков «тела»¹ клиента приведены на рисунке 9.

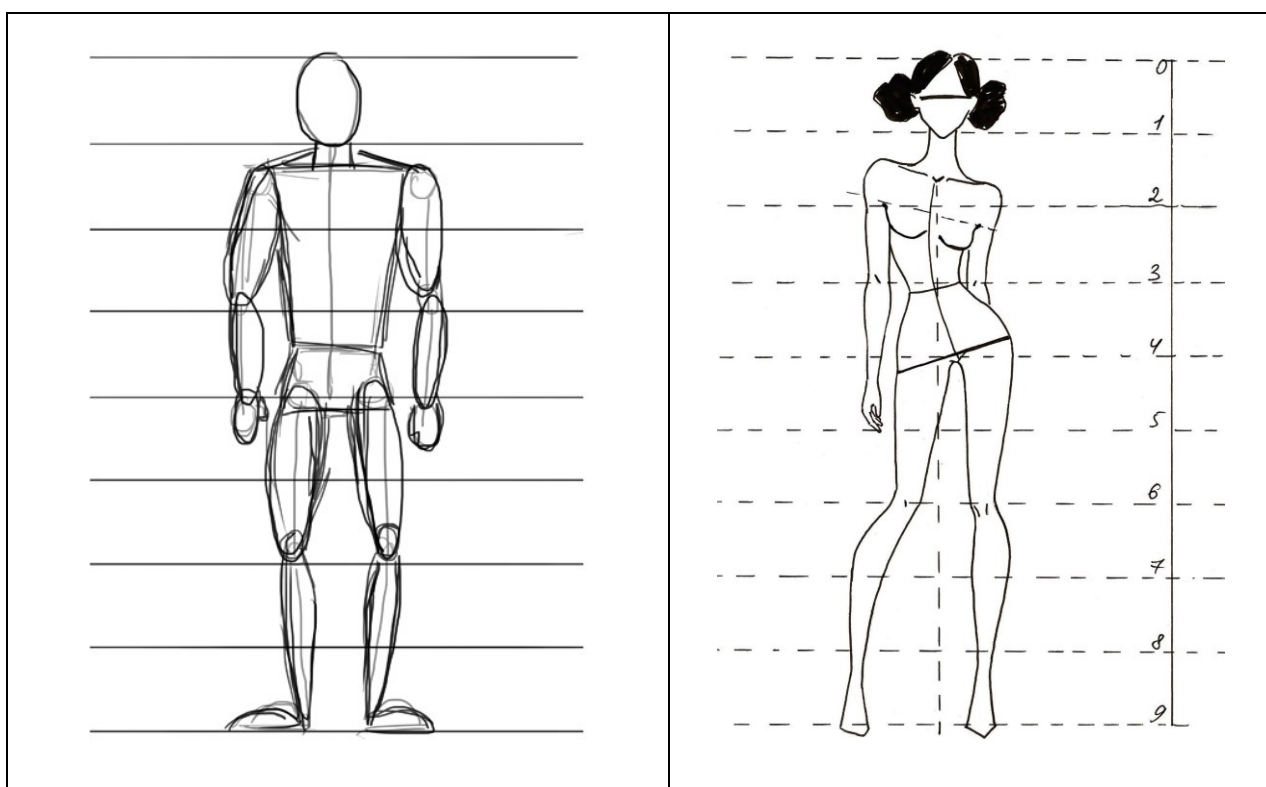


Рисунок 9. Мое тело (пример изображений)

Упражнение № 3. «Психосоматические симптомы»

В нашем теле периодически или постоянно появляются симптомы, которые мешают полноценно функционировать (например, боль, тяжесть, покалывание, жжение, утомление и др.). Необходимо указать на рисунке вашего тела эти симптомы, обозначив их схематически или закрашиванием. Например, головная боль закрашивается красным цветом в той части головы, которая болит чаще всего, а ря-

¹ Электронный ресурс // URL: <https://i.pinimg.com/originals/7c/df/dd/7cdfddecbd4ce499befa4b5a4d23dbab.png>

дом приводится перечень прилагательных, описывающих эту боль (ноющая, колющая, сдавливающая в виде обруча и т. п.).

Упражнение № 4. «Взаимосвязь чувств и психосоматических симптомов»

Когда у Вас появляется симптом — это вызывает определенные эмоции и чувства (не ощущения, а чувства!). Подпишите рядом с рисунком возникающие чувства/эмоции к каждому симптому (например, головная боль вызывает раздражение, отвращение, усталость, обиду и т. п.).

Необходимо обратить внимание клиента на **Правило № 1:** *чувства, которые возникают в ответ на симптом, на самом деле и вызвали этот симптом.* Необходимо помочь клиенту осознать, какими чувствами/эмоциями запускается каждый описанный им симптом и с какими проблемными ситуациями эти чувства связаны.

Упражнение № 5. «Какой ущерб моя личность наносит моему телу»

Составить список: «КАКОЙ УЩЕРБ ВАША ЛИЧНОСТЬ НАНОСИТ ВАШЕМУ ТЕЛУ». Например, много работает, не ложится вовремя спать, ходит зимой без головного убора, танцует на высоких каблуках, курит, принимает алкоголь, неправильно и/или нерегулярно питается, не занимается спортом и т. п.

Психолог обсуждает с клиентом: «Какие чувства Вы испытываете к своему телу в связи с этим?». Например, в норме жалость, сожаление; если появляются гнев, игнорирование — это психологическая защита, уход, избегание ответственности за свое физическое состояние и др.

Упражнение № 6. «Какой ущерб мое тело наносит моей личности»

Составить список: «КАКОЙ УЩЕРБ ВАШЕ ТЕЛО НАНОСИТ ВАШЕЙ ЛИЧНОСТИ». Например, часто болеет, не дает полноценно работать, мешает думать, лишает возможности пойти развлекаться, носить красивую обувь и т. д.

Психолог обсуждает с клиентом: «Какие чувства Вы испытываете к своей личности в связи с этим?» Например, высказывание гнева допустимо, а обиду надо интерпретировать как сочетание любви и гнева.

Необходимо обратить внимание клиента на **Правило № 2:** *тело не вредит личности, оно лишь «мстит» за нанесенный ему ущерб ровно в той же пропорции (ущерб № 1 = ущербу № 2).* Необходимо помочь клиенту осознать причину психосоматических симптомов.

Упражнение № 7. «За что мое тело благодарно моей личности»

Составить список: «ЗА ЧТО ВАШЕ ТЕЛО БЛАГОДАРНО ВАШЕЙ ЛИЧНОСТИ». Например, как минимум за то, что сейчас личность пытается услышать тело и понять его, за заботу о нем (кормит, тепло одевает, дает возможность отдыхать, иногда ухаживает и т. д.). Далее этот список обсуждается с клиентом и дополняется в процессе беседы.

Упражнение № 8. «За что моя личность благодарна моему телу»

Составить список: «ЗА ЧТО ВАША ЛИЧНОСТЬ БЛАГОДАРНА ВАШЕМУ ТЕЛУ». Например, за терпение, за то, что выносливое, красивое; за то, что подает сигналы неблагополучия и т. п. Список обсуждается и дополняется в процессе беседы психолога с клиентом.

Упражнение № 9. «Изменение режима моей жизни»

Составить список: «ЧТО БЫ ВАМ ХОТЕЛОСЬ ИЗМЕНИТЬ В РЕЖИМЕ СВОЕЙ ЖИЗНИ». Важно писать максимально конкретно, ставя на первое место в списке то, что Вы реально сможете сделать сегодня (или в ближайшее время). Например, сегодня я лягу спать в 10 часов вечера, завтра запишусь на фитнес в конкретный спортзал (указать адрес), в субботу в 12 часов дня пойду в бассейн (адрес) и др.

Далее этот список обсуждается с клиентом и дополняется в процессе психокоррекционной беседы.

По окончании психокоррекционной программы проводится объективная оценка динамики психологических изменений клиента, с обязательным сохранением его позитивной самооценки.

Следует подчеркнуть, что приведенная выше программа психологической помощи сотрудникам органов внутренних дел, находящимся в кризисном состоянии, не является исчерпывающей, она может дополняться (например, блоком работы с посттравматическими симптомами, психокоррекцией личностных особенностей и др.), а также видоизменяться в зависимости от целей, задач психологической интервенции и эмоционального состояния клиента.

Таким образом, психокоррекционные программы развития личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел и психологическая интервенция в ситуации нормативного кризиса являются важными направлениями деятельности психологов правоохранительной системы, обеспечивающими готовность личного состава к эффективному выполнению оперативно-служебных задач.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «личностный потенциал».
2. Какие программы развития личностного потенциала сотрудников органов внутренних дел Вы знаете?
3. Какова особенность проведения тренинга личностного роста у сотрудников органов внутренних дел?
4. Какие тренинги рекомендуется проводить для руководителей подразделений органов внутренних дел?
5. Опишите упражнения, которые могут быть использованы при проведении тренинга управленческой компетентности.
6. Дайте определение понятию «психологический кризис» и назовите классификацию нормативных кризисов.
7. Назовите факторы риска развития профессиональных кризисов у сотрудников органов внутренних дел.
8. Приведите классификацию ресурсов (по С. Е. Хобфоллу).
9. Опишите основные принципы психологической коррекции личности в кризисном состоянии.
10. Какие методы могут быть использованы для коррекции иррациональных когнитивных установок и психосоматических симптомов у сотрудников органов внутренних дел?

ТЕМА 5. ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

5.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел.

5.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании.

5.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел.

5.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел.

5.1. Психологическая коррекция нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний сотрудников органов внутренних дел

Сохранение здоровья и работоспособности специалистов правоохранительной системы обеспечивается деятельностью психологов по коррекции нарушений психологической адаптации, переутомления и иных негативных эмоциональных состояний¹. Состояния дезадаптации в сочетании с нервно-психическими расстройствами обуславливают девиантное поведение сотрудников органов внутренних дел, нарушающее достойное выполнение ими своих профессиональных обязанностей, а также характер межличностного взаимодействия с гражданским населением.

По мнению Ю. А. Александровского, *«система психической адаптации»* является сложной динамической функциональной системой биопсихосоциального приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды»². В целостной системе психической адаптации он выделяет *подсистему психологической адаптации*, включающую в себя перцептивно-когнитивную, эмоционально-аффективную и мотивационно-поведенческую сферы. Сове-

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».

² Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М. : Наука, 1976. С. 22.

менные исследования в структуре психологической адаптации выделяют еще копинг-поведение (стратегии и ресурсы совладающего со стрессом поведения), механизмы психологической защиты, «внутреннюю картину болезни» (в случае заболевания), а также личностные особенности индивида.

Результатом процесса адаптации является адаптированность. Ф. Б. Березин рассматривает *адаптированность* как «уровень психической деятельности, определяющий адекватное заданным условиям среды поведение человека, его эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность без значительного нервно-психического напряжения»¹. В качестве критериев адаптированности автор выделяет внутреннюю психическую комфортность человека, которая определяется балансом положительных и отрицательных эмоций, и степень удовлетворения его потребностных состояний.

Состоянием, противоположным устойчивой психической адаптации, является состояние *дезадаптации*, выражающееся в неадекватном реагировании и поведении личности. Деадаптация может возникать в двух случаях. Во-первых, в ситуациях функционирования психики на пределе ее регуляторных и компенсаторных возможностей или же в запредельном режиме. В этом случае деадаптация, являясь достаточно устойчивым сложным психическим состоянием, может с высокой вероятностью привести к психосоматическим, невротическим или поведенческим расстройствам. Во-вторых, деадаптация является обязательным составным компонентом адаптационного процесса при возникновении новых, непривычных, изменившихся условий среды. В этом случае деадаптация является кратковременным ситуативным состоянием. Это состояние может характеризоваться нарушением баланса между личностью и средой, который порождает адаптивную активность личности (временная деадаптация), или может проявляться в желании личности адаптироваться при отсутствии у нее механизмов адаптации (устойчивая ситуативная деадаптация).

Выделяют объективные и субъективные признаки деадаптации. Среди объективных признаков выделяют изменение поведения человека в социальной сфере, несоответствие поведения человека своим социальным функциям, патологическую трансформацию поведения. К субъективным признакам относятся: эмоциональные состояния угнетения или подъема, при которых нарушается динамика эмоций; клини-

¹ Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л. : Наука, 1988. С. 26.

чески выраженные психопатологические симптомы и синдромы; состояние психологического тупика, возникающее в результате нахождения личности в длительном конфликте (внешнем или внутреннем).

Чрезмерные психические нагрузки, угрозы, опасности, непредвиденные обстоятельства, чрезвычайные происшествия наполняют профессиональную деятельность сотрудников органов внутренних дел, вызывая у них различные состояния нервно-психической дезадаптации.

Н. А. Антонова обследовала 9305 сотрудников органов внутренних дел при ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области на предмет оценки их актуального состояния и уровня нервно-психической адаптации. По данным исследования общее распределение сотрудников по уровню нервно-психической адаптации оказалось следующим: 15,9 % респондентов находились в границах идеальной нормы, более чем у трети респондентов (38,8 %) была отмечена оптимальная адаптация, у 26,9 % — непатологическая психическая дезадаптация, у 8,8 % — патологическая психическая адаптация, а вероятно болезненное состояние было зафиксировано у 9,7 % респондентов. Значимых различий по уровню нервно-психической адаптации между теми, кто участвовал и кто не участвовал в боевых действиях, обнаружено не было¹. Все это указывает на высокий уровень стрессовых воздействий, которым подвергаются сотрудники в ходе своей повседневной жизнедеятельности.

Среди состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел, негативно влияющих на их профессиональную деятельность, встречаются следующие виды состояний.

Состояние тревоги возникает у сотрудника, когда он предчувствует осознаваемую, а иногда не осознаваемую опасность. Это состояние, вызывая активизацию ресурсов организма, помогает человеку адаптироваться в изменяющихся условиях существования, выстоять в трудных жизненных ситуациях. Когда тревожность становится устойчивым «вязким» состоянием, становится неадекватна ситуации, нарушает самоконтроль поведения, то, безусловно, она отрицательно влияет на эффективность служебной деятельности. Часто состояние тревожности бывает обусловлено не имеющей место в действительности ситуацией, а тем, как эту ситуацию себе сотрудник представляет, какое придает ей значение, какой смысл вкладывает в нее.

¹ См.: Антонова Н. А. Социально-психологические факторы нервно-психической дезадаптации сотрудников силовых структур : автореф. дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2009. — 24 с.

Состояние страха имеет разные проявления: от боязни, испуга до ужаса, который полностью может дезорганизовать деятельность сотрудника. Становясь устойчивым состоянием, страх нарушает работу психических познавательных процессов. Сужается объем внимания, памяти, уровень и острота восприятия, мышление становится ригидным, сознание концентрируется на воспоминаниях о ситуации, вызывающей страх. Могут появиться и такие физиологические изменения как: частые головокружения, тошнота, рвота, частое мочеиспускание, потеря сознания. Все это в итоге приводит к нарушению саморегуляции, в результате чего снижается надежность и эффективность служебной деятельности специалистов правоохранительной системы.

В новой, неожиданной, неопределенной ситуации возникает *стрессовое состояние*, на первой и второй стадии которого организм мобилизует и поддерживает ресурсы, чтобы адаптироваться к ситуации. Если в силу различных причин адаптация не происходит, возникает дистресс, в ходе которого ресурсы организма истощаются, что приводит к развитию нервно-психических или психосоматических расстройств. Стресс отягощается эмоциональными переживаниями гнева, страха, горя, тревоги, подавленности и т. д. В состоянии стресса у сотрудников снижается способность адекватно оценивать ситуацию, принимать правильное решение, оптимально устанавливать межличностное взаимодействие, что отражается на результативности служебной деятельности. Интенсивность стрессовой реакции зависит от ряда факторов: силы и длительности стрессора, силы нервной системы, прошлого опыта, уровня толерантности сотрудника к стрессу.

Другим состоянием нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел является *фрустрация*. Это состояние возникает в условиях конфликта между неудовлетворенными потребностями и существующими во вне или внутри ограничениями и запретами. Г. Селье назвал фрустрацию «стрессом рухнувшей надежды». В этом состоянии возникают ограничения в когнитивной сфере, в силу чего человек не видит альтернативных путей достижения цели, нарушается координация усилий, возникают аффективно окрашенные эмоциональные переживания. В состоянии фрустрации типичными эмоциональными реакциями являются: депрессия (часто сопровождается аутоагрессией с попытками самоубийства, причинения себе боли, увечий) и агрессия (нередко направляется на совершенно посторонние объекты, так называемая «реакция замещения»). Такой закономерностью нередко объясняют агрессивное поведение сотрудников

органов внутренних дел, непонятное для окружающих своей неадекватностью, немотивированностью, а порой и жестокостью.

Длительное состояние эмоциональной напряженности у сотрудников органов внутренних дел может привести к *аффекту* как реакции на накопление переживаний по механизму «последней капли». В таком состоянии нарушается ясность сознания, волевая регуляция действий, человека полностью захватывает чувство, что вызывает импульсивные действия. В состоянии аффекта резко изменяется привычное поведение, установки и жизненные позиции деформируются. Все это приводит к служебным и семейным конфликтам, нарушению дисциплины и законности сотрудниками органов внутренних дел.

Расстройства эмоциональной сферы, как результат нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел могут проявляться в *гипертимии* — состоянии эмоционального возбуждения, чрезмерной эмоциональности. В этом состоянии может возникать ощущение очень сильного душевного подъема, сопровождающееся чувством безудержного оптимизма, благополучия, повышением физической и психической продуктивности, моторной активности (эйфория). При этом снижается потребность во сне, нарушаются объем и сосредоточение внимания, могут возникать нарушения восприятия, повышаться самомнение, появляется грубость в поведении, агрессивность.

Еще одна форма эмоционального расстройства связана с состоянием *эмоциональной неадекватности*. В таком случае у сотрудников органов внутренних дел возможно сочетание сниженной эмоциональности с повышенной ранимостью (симптом «стекла и дерева»). При этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствует значимости раздражителя.

Другой формой эмоционального расстройства может быть *эмоциональная лабильность или ригидность*. Эмоциональная лабильность связана с быстрой и частой сменой настроения. Эмоциональная ригидность, наоборот, связана с замедлением эмоциональных реакций, сотрудник застревает на какой-то одной эмоции даже в отсутствии вызвавшего ее раздражителя.

Одним из часто встречающихся дезадаптивных состояний сотрудников органов внутренних дел является *переутомление* — тоническое состояние, проявляющееся в непреодолимом чувстве усталости и слабости. Длительные периоды переутомления могут быть признаком *синдрома хронической усталости*. В этом состоянии снижа-

ются функции внимания, памяти, мышления, появляются необъяснимая мышечная боль, боль в суставах, сильные головные боли, проблемы со сном, чувство изнеможения.

Коррекция состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления может осуществляться психологами системы МВД России средствами кабинета психологической регуляции.

Эргономические требования к помещению и оборудованию кабинета психологической регуляции учитывают необходимость рабочих зон, иллюзии большого открытого пространства и относительно-го уединения в нем (эффект уединенности достигается произвольным размещением 8–12 кресел), особенностей интерьера и цветового освещения. Из технических средств помещение оборудуется средствами общего и специального назначения.

Основными методами психологической коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления сотрудников органов внутренних дел в условиях кабинета психологической регуляции являются: психологическая релаксация, аутогенная тренировка, дыхательная гимнастика, дебрифинг, ароматерапия, фитотерапия, музыкотерапия, телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, применение специального психологического оборудования.

Психологическую релаксацию можно проводить в группе или индивидуально, при этом недопустимо ее проводить в приказном порядке. В такой ситуации у сотрудников возникает психологическая защита, что ставит под сомнение возможность достижения каких-либо результатов. Рекомендуются после определения лиц для проведения психологической релаксации и восстановления, создать атмосферу обычности, плановости релаксационных мероприятий, дополнить отобранных лиц другими сотрудниками, остро не нуждающимися в снятии нервно-психического напряжения, чтобы размыть понимание принципа комплектования группы. Время для релаксации выбирается такое, когда сотрудники относительно свободны от выполнения оперативно-служебных задач.

Существуют различные варианты проведения сеанса психологической разгрузки, но все они включают несколько этапов.

На первом этапе снимается нервно-психическое напряжение. Сотрудникам предоставляется возможность самостоятельно выбрать себе место, субъективно воспринимаемое как комфортное. После занятия удобной позы плавно уменьшается мощность подсветки, начинается демонстрация видеоизображений успокаивающего характера. Или

можно использовать дыхание от живота, что помогает расслабить напряженные участки тела и успокаивает нервную систему.

На втором этапе в состоянии релаксации снимается физическая усталость, восстанавливается работоспособность. Психолог опирается на классический принцип аутогенной тренировки по И. Г. Шульцу¹, видоизменяя его, исходя из конкретной обстановки, своих возможностей, опыта перехода в релаксационное состояние сотрудников, находящихся в комнате. Через классические словесные формулировки психолог вызывает у сотрудников, находящихся в состоянии релаксации, ряд ощущений: чувство тяжести в руках и ногах; чувство тепла и приятной расслабленности в мышцах тела; чувство тепла в области живота; чувство прохлады в области лба. Эффективность аутогенной тренировки определяется тем, что особое психофизиологическое состояние, которым оно сопровождается, позволяет запустить организму человека механизмы саморегуляции и восстановления работы нарушенных функций как на уровне тела, так и на уровне психики.

На третьем заключительном этапе закладываются установки мобилизующего характера. Постепенно включается освещение, могут демонстрироваться видеоизображения активизирующего характера. Сотрудники изменяют позу в креслах, постепенно переходят в положение стоя, делают несколько мобилизующих дыхательных движений. Одновременно с этим, психолог применяет словесные формулы на повышение общего тонуса, активизацию психических процессов.

В кабинете психологической регуляции для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления используется *специальное психологическое оборудование*, которое включает: аппарат аэроионопрофилактики, цветодинамическое проекционное устройство, устройство биологической обратной связи, аппарат аудиовизуальной стимуляции, аппарат психоэмоциональной коррекции.

Аппарат аэроионопрофилактики обогащает воздух в помещениях легкими отрицательными аэроионами, благодаря чему воздух становится целебным. Аппарат нормализует обменные процессы, повышает умственную и физическую работоспособность, нейтрализует влияние электронной техники.

Цветодинамическое проекционное устройство используется для светового оформления кабинета психологической регуляции. Цветодинамическое воздействие обладает психореабилитирующим

¹ См.: Шульц И. Г. Аутогенная тренировка / пер. с нем. С. Л. Дземешкевича; под ред. В. Е. Рожкова. — М. : Медицина, 1985. — 31 с.

и активирующим эффектом. Сочетаясь с функциональной музыкой, фитоаэроионизацией воздуха, цветодинамическое воздействие вызывает быстрое появление релаксационного состояния.

Прибор биологической обратной связи способствует формированию условно-рефлекторных ассоциаций между объективными сигналами состояния человека (электрокожное сопротивление, дыхание, положения равновесия и др.) и субъективными признаками напряжения/расслабления. Аппарат используется при формировании навыков расслабления; восстановлении сил; нормализации эмоционального состояния; при контроле состояния в процессе беседы, аутотренинга, гипноза и др. лечебно-профилактических воздействий.

Действие *аппарата психоэмоциональной коррекции (очки)* основано на биорезонансном воздействии света различной длины волны (излучениями красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего и фиолетового спектра) через органы зрения на биоритмы мозга. Установлено, что излучения красного, оранжевого, желтого спектра имеют активирующее воздействие; излучения голубого, синего и фиолетового спектра — успокаивающее воздействие; излучение зеленого спектра — гармонизирующее воздействие. Аппарат используется в целях профилактики и коррекции состояний переутомления, стресса, депрессии и др. дезадаптивных состояний.

Аппарат аудиовизуальной стимуляции путем воздействия синхронизированными между собой световыми и звуковыми импульсными сигналами стимулирует определенные волны в мозге, вызывая то или иное психофизиологическое состояние человека. Основные частоты мозговых ритмов соответствуют определенным типам активности: гамма-волны — перевозбуждение (более 35 Гц); бета-волны — состояние бодрствования (13–35 Гц); альфа-волны — первичное расслабление (8–12 Гц); тета-волны — глубокая релаксация или медитация (4–8 Гц); дельта-волны — глубокий сон (менее 4 Гц). Прибор стимулирует аналогичные волны в мозге, вызывая состояния от энергетической подзарядки до медитации или сна. Аппарат используется для снижения стрессовых влияний, быстрой релаксации, снятия усталости, улучшения памяти, нормализации сна, улучшения интеллектуальных функций и др.

В условиях кабинета психологической регуляции для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации, переутомления широко

используется *музыкотерапия*¹. О влиянии музыки на состояние человека известно с античных времен. Термин «музыкотерапия» имеет греко-латинское происхождение и в переводе означает «исцеление музыкой». Существует много определений этого понятия, одно из которых рассматривает музыкальное воздействие как средство профилактики, реабилитации, повышения резервных возможностей организма. В настоящее время в музыкотерапии оформилось несколько школ, ориентированных на идеи психорезонанса необходимых переживаний (шведская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений разных жанров и стилей с учетом стимулирующего или успокаивающего лечебного действия (американская школа), интеграцию музыки, пения, танца для профилактики болезней (итальянская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений при лечении хронических заболеваний, интеграцию слова, живописи и музыки для повышения резервных возможностей организма (русская школа) и др.

В коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников органов внутренних дел может использоваться *ароматерапия* — воздействие на организм эфирных масел². Фитонциды некоторых растений положительно влияют на психоэмоциональное состояние человека. Выделяют тонизирующие (масло апельсина, бессмертника, грейпфрута, дикого розмарина, лимона), успокаивающие (масло ладана, герани, ромашки) и сбалансированные (масло лаванды, мандарина, мяты перечной, пачули, иланг-иланга) типы благотворного воздействия ароматов на психику. Существуют контактные и бесконтактные способы применения эфирных масел. Контактные способы применяются при нанесении на «пульсовые точки», при комбинировании массажа и ароматерапии, во время принятия ванн, при добавлении в средства гигиены и косметики, через добавление в бытовые средства. Бесконтактные способы осуществляются с помощью специальных приборов для аэрозольного распыления, аромаламп, ингаляций.

Одним из методов, рекомендованных для коррекции дезадаптивных состояний сотрудников органов внутренних дел в условиях работы кабинета психологической регуляции, является *фитотерапия* (траволечение). На основе растений изготавливают средства для

¹ См.: Декер-Фойгт Г. Г. Введение в музыкотерапию. — СПб. : Питер, 2003. — 208 с.

² См.: Ароматерапия. Профилактика и лечение заболеваний. Что необходимо знать о лечебных свойствах эфирных масел. 4-е изд. — М. : Амрита, 2012. — 64 с.

внутреннего и наружного применения (настои, отвары, настойки, мази, экстракты, сиропы). Многие из них можно приготовить в домашних условиях. Траволечение имеет широкую сферу применения и показано при наличии самых разнообразных патологических состояний. При патологических проявлениях со стороны нервной системы (неврозах, стрессах, состояниях апатии, депрессии) применяются мелисса, валериана, мята, лаванда, зверобой, пассифлора, шишки хмеля.

Методы *арт-терапии (терапии творчеством)* находят свое применение в гармонизации психического состояния сотрудников органов внутренних дел. Британский врач и художник Адриан Хилл работал с туберкулезными больными и заметил, что занятия рисованием помогают им бороться с болезнью. Он и ввел впервые этот метод в арсенал психотерапии. В дальнейшем появились и другие виды творчества — пение, танцы, актерская игра, лепка, фото, литература и др. В ходе *кино-видеотерапии* как разновидности арт-терапии помимо традиционного просмотра и обсуждения фильма осуществляется еще видеосъемка участников и дальнейший анализ, проработка полученных видеоматериалов.

Творчество помогает человеку улучшить эмоциональный фон, избавиться от страхов, агрессии, тревожности, депрессии, повысить свои энергоресурсы. Арт-терапия позволяет глубже познать свое внутреннее «Я», помогает избавляться от внутренних противоречий и комплексов. Терапия творчеством не вызывает у сотрудников органов внутренних дел нежелательных побочных эффектов, сопротивления, поэтому этот метод широко используется в работе психологов системы МВД России.

В практике работы психологов правоохранительной системы хорошо зарекомендовали себя методы *телесно-ориентированной терапии*. «Пионером» этого направления является В. Райх¹, который считал, что обеспечивающая нашу психическую жизнь оргонная энергия блокируется в мышцах тела социальным запретом на проявление гнева, страха, сексуального возбуждения. Эти мышечные блоки формируют телесный панцирь человека, являющийся эквивалентом его характера, психической жизни, ограничений и комплексов. Поэтому в качестве основного принципа телесно-ориентированной психотерапии В. Райх постулировал работу не с психическими пробле-

¹ См.: Райх В. Анализ характера / пер. с англ. Е. Поле. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. — 528 с.

мами, а с определенными зонами в теле, являющимися материальным субстратом этих проблем.

Среди методов телесно-ориентированной терапии в коррекции дезадаптивных состояний широко используются различные методики *дыхательной гимнастики*, позволяющие изменить поверхностное дыхание и увеличить количество кислорода в организме, что положительно сказывается на снижении утомления, повышении стрессоустойчивости, улучшении психоэмоционального состояния. В процессе упражнений дыхательной гимнастики комбинируются разные виды дыхания (верхнее, среднее, нижнее, полное, обратное), используются замедление, задержка дыхания или создание затруднений за счет одновременного выполнения физических упражнений. Среди методик дыхательной гимнастики наибольшее распространение получили: методика Й. Мюллера¹, методика оперной певицы А. Н. Стрельниковой², методика врача физиолога К. П. Бутейко³, системы бодифлекс, оксисайз, цигун. Ежедневное выполнение комплекса дыхательных упражнений способствует поддержанию гармоничного нервно-психического состояния человека.

Работая в Центре подготовки космонавтов, Х. М. Алиев разработал *методику «Ключ»*, которая за счет левитации рук и ног позволяет избавляться от телесных зажимов и блоков, расслабляет нервную систему, снимает умственную и физическую усталость, активизирует работу головного мозга, улучшает эмоциональное состояние⁴. Метод включает в себя пять упражнений: «расхождение рук», «схождение рук», «левитация рук/полет», «автоколебания тела», «движения головой». Регулярное выполнение комплекса упражнений в течение 20 минут каждый день оказывает ощутимое терапевтическое действие.

С каждым годом в составе сотрудников системы МВД России увеличивается количество женщин. Для них одним из естественных средств телесно-ориентированной коррекции дезадаптивных состояний является танцевальная двигательная терапия. За счет целостного влияния на все уровни функционирования организма танец способ-

¹ См.: Мюллер Й. П. Моя система. Пять минут упражнений в день для красоты и здоровья. — М. : ЛитРес, 2019. — 88 с.

² См.: Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. 4-е изд., перераб. и доп. — М. : Метафора, 2016. — 127 с.

³ См.: Бутейко К. П. Дыхательные практики Бутейко. — М. : АСТ, 2016. — 130 с.

⁴ См.: Алиев Х. М. Метод ключ. Разблокируй свои возможности. Реализуй себя! — СПб. : Питер, 2009. — 94 с.

ствуется восстановлению энергетического баланса, активизирует ресурсы, нормализует нервно-психическое состояние. Американская танцовщица М. Чейз является основателем этого направления, суть которого заключается в «растворении» мышечных напряжений через восстановление естественного дыхания и спонтанных движений в танце. Психологическая коррекция дезадаптивных состояний может осуществляться как в группе, так и индивидуально. Существуют разные методы и техники танцевальной психологической коррекции: аутентичный танец направлен на внимание к своим телесным ощущениям, двигательному выражению эмоций и чувств, их проживанию и анализу; танец импровизации направлен на внимание к этим же проявлениям во время взаимодействия с другим человеком. «Каждый танец выражает сложную в эмоциональном плане ситуацию, человек сталкивается с проблемами, переживает опыт их разрешения и преобразования»¹. Этот вид психологической коррекции еще не нашел своего применения в МВД России, однако используется в полиции Франции, Германии.

Одним из наиболее эффективных методов телесно-ориентированной терапии, зарекомендовавшим себя в системе МВД России, является *палсинг (холистический массаж)*. Это метод полезен при переутомлении, бессоннице, стрессах, при психоэмоциональных расстройствах, состояниях страха, апатии, депрессии².

Научное исследование по изучению влияния холистического массажа на психофизиологическое состояние сотрудников органов внутренних дел проводилось в 2011 г. на базе ОМВД по Приозерскому району Ленинградской области. Исследование осуществлялось с использованием психологических, психофизиологических методов и путем регистрации электроэнцефалографических показателей. Полученные данные свидетельствовали, что метод при курсовом использовании оказывает нормализующее воздействие на баланс процессов возбуждения/торможения, улучшает процессы дифференцировочного торможения, способствуют снижению времени простой сенсомоторной реакции, повышает подвижность нервных процессов, способствует увеличению времени релаксации мышц в структуре циклического двигательного акта. Также результаты курсового ис-

¹ Ходоров Дж. Танцевальная терапия и глубинная психология. Движущее воображение / пер. с англ. — М.: Когито-Центр, 2009. С. 103.

² См.: Федорова Г., Бажурина В. Холистический массаж. — СПб. : Невский проспект, 2001. — 186 с.

пользования метода свидетельствуют об улучшении переключения внимания, увеличении объема кратковременного зрительного восприятия, нормализации воспроизводимого временного интервала, что свидетельствует о снижении уровня тревожности и уровня психоэмоционального напряжения. Анализ динамики электрической активности головного мозга при проведении сеанса палсинга показывает следующие характерные изменения: постепенное увеличение мощности тета- и дельта-ритма при сохраненных ритмах бодрствования (альфа- и бета-), что доказывает мощный релаксационный эффект метода. При описании своих состояний во время сеансов сотрудники чаще всего использовали такие определения, как: «потеря контроля», «защищенность», «уверенность», «спокойствие», «провалы», «перемещение в пространстве», «потеря ощущения своего тела», «слияние с Вселенной». После сеанса сотрудники чувствовали себя отдохнувшими, отмечали, что у них повысился тонус, улучшилось эмоциональное состояние, появилась уверенность в своих силах.

На основании выявленных тенденций изменения психофизиологических показателей, электрической активности головного мозга можно сделать вывод о нормализации нервно-психического состояния сотрудников органов внутренних дел и повышении эффективности их деятельности после курсового использования холистического массажа.

Таким образом, одним из важнейших направлений психокоррекционной работы психолога органов внутренних дел является обеспечение адаптации сотрудников к условиям оперативно-служебной деятельности и повышение ее эффективности. Решение задач, связанных с адаптацией к службе, направлено на поддержание нервно-психического состояния сотрудников, определяющего их адекватное поведение, оптимальное взаимодействие с гражданами, всю систему социальных связей личности в условиях службы.

5.2. Психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании

Одним из направлений коррекционной работы психологов органов внутренних дел является работа с *сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании* (СПППВ). Это понятие было введено приказом МВД России от 02.09.2013 № 660 «Об утверждении положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации». Сотрудники, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом

внимании, представляют собой категорию лиц, у которых личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения дезадаптации, способствующей развитию нервно-психических и психосоматических заболеваний, асоциального (делинквентного) поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности профессиональной деятельности¹. К СПППВ относят несколько категорий сотрудников, для которых определены свои сроки сопровождения их службы, а также направления и методы психологической помощи.

К *первой группе* относятся сотрудники, имеющие по результатам профессионального психологического отбора третью категорию профессиональной психологической пригодности. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 6 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, направленный на повышение социального статуса сотрудника.

Ко *второй группе* относятся сотрудники с низкими адаптационными способностями к условиям оперативно-служебной деятельности, признаками нервно-психической неустойчивости. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендованы индивидуальный психологический тренинг, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, иные коррекционные психотехники.

К *третьей группе* относятся сотрудники, имеющие низкий социометрический статус, находящиеся в неудовлетворительном морально-психологическом состоянии, в том числе обусловленном применением оружия, получением ранения, травмы, увечья, острой конфликтной ситуацией, гибелью родственников или близких лиц. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, способствующий повышению социального статуса сотрудника и большему сплочению коллектива.

К *четвертой группе* относятся сотрудники, склонные к аддиктивному поведению. Для них определен срок психологического сопровож-

¹ См.: Методические рекомендации по организации работы с сотрудниками органов внутренних дел, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании // Письмо ДГСК МВД России от 30.09.2015 г. № 21/7/10458.

дения службы не менее 3 месяцев. Среди психокоррекционных методов рекомендован индивидуальный психологический тренинг.

К *пятой группе* относятся сотрудники, допустившие грубые нарушения служебной дисциплины или неоднократные нарушения служебной дисциплины при наличии у них дисциплинарного взыскания, наложенного в письменной форме. Для них определен срок психологического сопровождения службы не менее 1-го месяца. Среди психокоррекционных методов рекомендован социально-психологический тренинг, в ходе которого прививались бы новые формы поведения проблемного сотрудника, повышался его социальный статус, сеансы релаксации и аутогенной тренировки, иные коррекционные психотехники.

При оказании психокоррекционной помощи сотрудникам, нуждающимся в повышенном психолого-педагогическом внимании, психологу, прежде всего, необходимо определить, в каких сферах личности у них существуют проблемы: потребностно-мотивационной, эмоционально-волевой, когнитивно-познавательной, межличностно-социальной, морально-нравственной, экзистенциально-бытийной, действенно-практической. Определив проблемную сферу, целесообразно сформулировать цель психокоррекции и выбрать адекватные ей методы работы.

Одним из нормативно рекомендованных методов работы с сотрудниками категории ПППВ является *социально-психологический тренинг*. Этот метод направлен на коррекцию коммуникативных качеств сотрудников и повышение результативности их деятельности. В процессе социально-психологического тренинга сотрудники осваивают профессиональные компетенции, обеспечивающие эмоциональные контакты в необходимых пределах с коллегами, начальниками, гражданами; свободное владение вербальными и невербальными средствами общения; умение слушать участников общения; выбор адекватной стратегии коммуникативного поведения в конфликтных ситуациях; способность к сотрудничеству, достижению компромиссов; самоконтроль над эмоциями, чувствами, настроением. Развитие психологической устойчивости и коммуникативной компетентности сотрудников категории ПППВ повышает их социальный статус, влияет на качество профессиональной адаптации и результативность деятельности по занимаемой должности.

Для категории сотрудников ПППВ проводятся различные виды тренингов личностного роста. *Тренинг сензитивности* направлен на

развитие способности интерпретировать чувства, мысли другого человека, групп людей и на основе этого прогнозировать поведение человека и социальных групп. *Тренинг ассертивности* (уверенного поведения) опирается преимущественно на методы поведенческой терапии. Чаще всего причинами неуверенности человека являются разнообразные социальные страхи (страх критики, ошибки, страх попросить, потребовать, отказать или получить отказ), а также поведенческий и когнитивный дефицит (неспособность открыто выражать свои чувства и желания, недооценка успехов, переоценка негативных событий). Цель тренинга ассертивности — научить сотрудника навыкам уверенного поведения, самопрезентации, самоутверждения и отстаивания своих прав в профессиональных отношениях без агрессии. *Тренинг эмоциональной компетентности* направлен на развитие умений и навыков сотрудников осознавать свои эмоции и управлять ими, а также на умение восстанавливаться после эмоциональных потерь. Задачами *тренинга преодоления тревоги* являются: распознавание иррациональных мыслей, тренировка приостановки мыслей, коррекция искаженных восприятий и убеждений, тренировка адекватных моделей поведения в различных ситуациях служебного взаимодействия.

При разработке тренинговых занятий психологу важно знать методологию и методику проведения тренинга. Так, при проведении группового тренинга необходимо определить принципы и критерии формирования группы, продолжительность занятий, иметь соответствующее количеству участников помещение, где места расположены по кругу, что способствует их активному взаимодействию. Методика проведения тренинга описывает структуру, этапы проведения тренинга, групповые нормы, типологию тренинговых методов. Традиционно выделяют следующие этапы проведения группового тренинга: целеполагание (ведущий сообщает участникам тему, цель, задачи, порядок проведения тренинга, выясняет групповые ожидания и приводит их в соответствие с целью занятия), принятие правил работы группы, оценку уровня информированности группы по теме тренинга, актуализацию проблемы, информирование, формирование практических навыков, подведение итогов работы. Методами тренинга являются методы стимуляции взаимодействия участников, методы обучения, методы коррекции, методы обсуждения, методы результатов оценки тренинга. Так, например, среди методов обсуждения используются метод «переноса» (ведущий предлагает перенести сложную для участника ситуацию на другого), метод «проверки реально-

стью» (предлагается конкретная реальная ситуация), метод «трех измерений» (анализ ситуации с трех точек зрения), метод «медали» (анализ противоположных сторон ситуации).

Категория сотрудников ПППВ часто нуждается в коррекции неадекватной тревожности. *Метод систематической десенсибилизации* в этом случае является достаточно эффективным, так как направлен на уменьшение уровня тревожности. Сама процедура относительно проста: в состоянии релаксации в воображении представляются от самых легких к самым трудным ситуации, вызывающие тревогу и страх. На первом этапе сотрудника обучают релаксации, например, с помощью аутогенной тренировки, в некоторых случаях может использоваться гипнотическое воздействие. На втором этапе производится ранжирование ситуаций по степени интенсивности переживания тревоги или страха. На третьем этапе осуществляется собственно десенсибилизация — соединение представлений о ситуациях, вызывающих тревогу или страх, с релаксацией. Одним из вариантов этого метода является *техника десенсибилизации и переработки тревожащих переживаний посредством движений глаз*. В этом случае релаксация не используется. Каждое представление сотрудником ситуаций, от более легких к самым трудным по степени переживания тревоги или страха, сопровождается направлением его взгляда за движением, взятого психологом в руки предмета (ручка, карандаш). Движение предметом осуществляется по горизонтали, по вертикали, по кругу, а также приближаясь и отдаляясь от центра глаза.

Существуют методы коррекции тревоги и страха, при которых происходит быстрое столкновение с ситуациями, их вызывающими, без предварительной релаксации. Эти методы получили название *«иммерсионные методы»*. Если в методике систематической десенсибилизации погружение в ситуацию происходит постепенно: от легкой к трудной, то в иммерсионных методиках эффективность обеспечивается быстрым погружением в трудную ситуацию. Это приводит к тому, что организм после повторных столкновений с трудными ситуациями привыкает к взрыву тревоги вплоть до полного ее исчезновения. К иммерсионным методам относят метод наводнения (нахождение максимально долгого времени в реальной ситуации, вызывающей сильную тревогу или страх), метод имплозии (нахождение в воображаемой трудной ситуации с максимальным эмоциональным вовлечением в нее через зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные ощущения), метод парадоксальной интенции (изменение от-

ношения к ситуации путем отстранения от нее и формирования юмористической установки).

Коррекционная работа психологов органов внутренних дел с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании, повышает уровень их адаптации к условиям и требованиям оперативно-служебной деятельности и позволяет снять с них группу учета.

5.3. Психологическая коррекция социально-психологических явлений в подразделениях органов внутренних дел

Управление социально-психологическими процессами в служебных коллективах является одной из важнейших задач как руководителей органов внутренних дел, так и психологов. В соответствии с приказом МВД России от 25.12.2020 № 900 одной из задач психологической работы является участие в формировании и поддержании в служебных коллективах благоприятного социально-психологического климата, способствующего результативной совместной деятельности сотрудников¹.

Социально-психологический климат — свойство служебного коллектива, которое проявляется в формах общения, сработанности, сплоченности, совместимости в группе, в уровне конфликтности, удовлетворенности, самочувствии и настроении членов служебного коллектива.

Известно, что «в коллективах с благоприятным социально-психологическим климатом легче переносится воздействие тяжелых и опасных факторов условий труда, ниже текучесть кадров. Недооценка роли коллективного настроения и сплоченности ведет к потере до 15 % рабочего времени и может существенно снижать взаимовыручку и надежность работы личного состава в экстремальных ситуациях. При плохом социально-психологическом климате в органах и подразделениях эффективность труда падает на 15–40 %, при хорошем же — повышается на 10–20 %. Неблагоприятный психологический климат рез-

¹ Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».

ко отрицательно влияет на уровень заболеваемости личного состава вследствие развития у него хронических стрессовых реакций»¹.

Анализируя социально-психологические явления в служебных коллективах, психологу важно уметь определять конфликтную зону в отношениях между сотрудниками. Выделяют субъективные и объективные *причины конфликтов*, возникающих в служебных коллективах органов внутренних дел.

Среди них:

1. Финансово-организационные причины, связанные с распределением ресурсов. Если оплата труда сотрудников не учитывает их деловых качеств, сложности, ресурсных затрат и конечных результатов деятельности, то возникают противоречия, которые снижают профессиональную мотивацию личного состава и провоцируют конфликты.

2. Материально-технические причины. Они связаны с условиями труда, наличием необходимых технических средств. Если сотрудники работают в непригодных для качественной работы условиях, вынуждены работать с устаревшей техникой, то это порождает противоречие между средствами и процессом труда, серьезно сказываясь на результативности служебной деятельности.

3. Неравные возможности. Когда несколько сотрудников, обладающих разным уровнем профессиональной квалификации, выполняют одно задание, это может привести к противоречию в деятельности. Взаимосвязанность задач при неравных возможностях приводит к конфликту.

4. Различия в целях и способах их достижения. В организационной системе МВД России существуют различные специализированные подразделения, цели и способы деятельности которых не совпадают. У руководителей и непосредственных исполнителей могут быть разные взгляды на пути и способы достижения общих целей. Все это вызывает различные противоречия и порождает конфликты интересов.

5. Недостаток информационного обеспечения деятельности. Часто конфликты в органах внутренних дел связаны с отсутствием необходимой для деятельности информации, несвоевременностью ее поступления, избытком или недостатком информации, существенной для принятия решения, ее недостоверностью. Это создает условия для субъективного восприятия ситуации в качестве конфликтной, а служебных задач — как трудновыполнимых.

¹ Оперативно-розыскная психология : учебное пособие для вузов / под общ. ред. Ю. Е. Аврутина. 2-е изд., испр. и доп. — М. : Юрайт, 2018. С. 163.

6. Стилъ управления. Методы управления руководителей органов внутренних дел могут вступать в противоречие с особенностями служебного коллектива, его целями и задачами. В настоящее время в полиции существует конфликт между стилем руководства, который реализуют руководители старшего поколения, и ожиданиями, требованиями, ценностями сотрудников молодого возраста. Ранее выработанный стиль управления в системе МВД России, построенный на приказах и распоряжениях, оказывается не эффективным в работе с молодыми сотрудниками, которые в большой степени ориентированы на признание, уважение их личности, партнерство во взаимоотношениях с руководителем, денежное вознаграждение.

Чтобы управлять конфликтными ситуациями, необходимо определить уровень, на котором возник конфликт (организационный, функциональный, психологический), его конкретные причины, особенности деятельности подразделений и индивидуально-психологические особенности участников конфликта.

Социально-психологическая работа — одно из основных направлений деятельности практического психолога органов внутренних дел. Задачами этого направления являются: поддержание благоприятного социально-психологического климата, обеспечение высокой профессиональной работоспособности сотрудников в повседневных и особых условиях служебной деятельности, осуществление профилактики нарушений служебной дисциплины и законности, конфликтных ситуаций в служебных коллективах. В социально-психологической работе психолог может использовать различные методы групповой коррекционной работы, исследовательско-обучающие семинары, тренинговые технологии. В системе МВД России, помимо социально-психологических тренингов¹, широкое применение в работе со служебными коллективами нашел метод М. Балинта. В процессе работы по методу «Балинговской группы» могут решаться следующие задачи:

- осознание причин, негативно влияющих на социально-психологический климат служебного коллектива;
- осознание причин конфликтных ситуаций, возникающих в служебном коллективе;
- нахождение путей разрешения конфликтных ситуаций;

¹ См. об этом подробнее: Нежкина Л. Ю. Социально-психологический тренинг профессионального общения сотрудников ОВД : методические рекомендации. — Иркутск : ФГКОУ ВО ВСИ МВД России, 2019. — 56 с.

- снятие эмоционального напряжения в служебном коллективе;
- повышение компетентности межличностного общения;
- взаимное обогащение членов служебного коллектива способами разрешения затруднений в профессиональной деятельности и семейных отношениях;

- профилактика «синдрома выгорания», основанная на проработке ситуаций, вызывающих затруднения в служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

Балинтовская группа может иметь жесткую структуру проведения, а может проводиться вариативным способом. Вариант проведения определяется количеством процессуальных «шагов», форматом задаваемых и обсуждаемых вопросов, возможностью использования тех или иных техник.

Балинтовская группа реализуется через ряд процессуальных «шагов»:

1. Психолог просит членов служебного коллектива описать в течение 1–2 минут свои затруднения, связанные с особенностями работы в этом коллективе, особенностями взаимоотношений, конфликтной ситуацией, затруднениями в профессиональной деятельности или в семейных отношениях и т. д. После непродолжительного обсуждения группа отдает предпочтение одному из сотрудников.

2. Сотрудник более подробно рассказывает о своих затруднениях. Психолог и члены группы внимательно слушают его рассказ.

3. Сотрудник формулирует вопросы к группе по своей проблеме, вынесенной на обсуждение. На этом этапе психолог помогает сотруднику сформулировать вопросы, запросы к группе и записывает их на доске, чтобы в течение работы сохранялась точность их содержания.

4. Группа задает вопросы сотруднику для уточнения и прояснения его затруднения. Организационно это может проходить либо по кругу, либо в свободном режиме общения. Сотрудник, заявивший проблему, может на этом этапе обнаружить то, что ранее им не осознавалось.

5. Сотрудник окончательно формулирует проблему, запросы, которые он хотел бы вынести на обсуждение. При этом группа может предложить дополнительные вопросы, ответы на которые, по их мнению, могли бы быть полезны сотруднику.

6. Все члены группы отвечают на поставленные перед ними вопросы, запросы. В процессе работы группы может возникнуть свободная дискуссия, неформальное обсуждение представленных за-

труднений. Сотрудник в это время слушает мнение группы по своему желанию либо сидя в кругу, либо сидя за кругом.

7. Психолог обобщает ответы группы, высказывает свое видение ситуации.

8. Сотрудник, заявивший проблему, дает обратную связь о том, что он переживал во время обсуждения, что ему было важно услышать и понять при анализе возможных путей выхода из затруднения¹.

Другим методом групповой психокоррекции, широко применяющимся в работе со служебными коллективами органов внутренних дел, является *метод групповой дискуссии* — коллективное обсуждение какой-либо проблемы, направленное на достижение общего мнения по ней. Благодаря принципу обратной связи каждый участник дискуссии получает возможность увидеть разнообразие подходов к решению одной и той же проблемы. Используется групповая дискуссия в целях коррекции межличностных отношений, внутригрупповых конфликтов.

В структуре групповой дискуссии выделяют следующие этапы:

— ориентировка — определение темы и цели дискуссии, высказывание всеми участниками дискуссии суждений и мнений по обсуждаемой проблеме, а также вариантов ее решения;

— оценка — анализ и групповая оценка полученной в ходе обсуждения информации, а также выбор решения из имеющихся или появившихся в ходе обсуждения альтернатив;

— завершение — подведение итогов дискуссии и определение решения заявленной проблемы.

В зависимости от уровня дискуссионных навыков участников группы выделяют различные формы организации дискуссии.

1. Неподготовленная дискуссия имеет три варианта:

а) дискуссия ведется за круглым столом, ведущий излагает суть проблемы, затем участники по очереди высказывают свое мнение по сути проблемы. Дискуссия может проводиться с ограничением или без ограничения времени высказывания. Передача слова может осуществляться по кругу, с использованием игрового предмета, по желанию. В заключение дискуссии ведущий подводит итоги, обобщает изложенные точки зрения;

б) ведущий излагает суть проблемы, делит группу на две подгруппы и формулирует для каждой из них задачи. Подгруппа коллективно решает задачу, один из ее членов выступает и обосновывает

¹ См.: Винокур В. А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы. — СПб. : СпецЛит, 2019. — 263 с.

решение группы. При выступлении другая подгруппа может задавать уточняющие вопросы, указывать на спорные моменты, ошибки, неточности, выяснять подробности, оценивать решения. Подводя итоги дискуссии, ведущий оценивает работу обеих подгрупп, варианты решения проблемы;

в) дискуссия ведется за круглым столом, ведущий излагает суть проблемы, а участникам раздаются роли, зафиксированные на карточках (например, «сомневающийся», «удивляющийся», «согласный», «несогласный» и т. д.). Участники в соответствии с заданными ролями ведут дискуссию, используя различные примеры, аргументы. В заключение ведущий подводит итоги, оценивает достигнутое группой решение проблемы.

2. Подготовленная дискуссия может быть организована двумя вариантами:

а) тема дискуссии сообщается участникам заранее, желательно, чтобы она имела несколько вариантов решения. Во время дискуссии участники делятся сначала на пары и вырабатывают вариант решения, затем на подгруппы из четырех человек и вновь вырабатывают вариант решения, затем объединяются в подгруппы из восьми человек и снова находят решение проблемы и т. д. На следующем этапе дискуссии выступают представители от каждой из последнего варианта численности подгрупп и защищают свой вариант решения проблемы. Затем все участники группы обсуждают варианты и совместно находят решение проблемы. В конце дискуссии ведущий подводит итоги и дает оценку найденного группой решения;

б) тема и проблема дискуссии сообщается участникам заранее, участники готовят сообщения, тезисы либо предложенные ведущим, либо выбранные самостоятельно. На первом этапе дискуссии выясняются точки зрения участников на проблему, выявляются противоречия. Далее участникам предлагается дополнительно собрать необходимую информацию для обоснования и усиления аргументации своей позиции. В конце дискуссии ведущий подводит итоги и дает оценку найденного группой решения.

Среди видов групповой дискуссии выделяют ролевую дискуссию, дискуссию со скрытыми ролями, анализ конкретных ситуаций. В работе с подразделениями органов внутренних дел при решении конфликтных ситуаций чаще используется *дискуссия как анализ конкретных ситуаций*. В ходе этой дискуссии обсуждаются ситуации, произошедшие в подразделении «здесь и сейчас», а так же ситуации из

опыта профессионального взаимодействия типа «там и тогда». Способы анализа конкретных ситуаций могут быть различные: сотрудники их могут описать, проанализировать дома и принести в группу для обсуждения; ситуация может описываться и анализироваться каждым участником самостоятельно во время проведения групповой дискуссии; ситуация может описываться и анализироваться в подгруппах во время проведения групповой дискуссии. Возможность описания и анализа позволяет каждому сотруднику более четко изложить конфликтную ситуацию, сформулировать причины ее возникновения, обозначить свое место в ситуации и увидеть пути ее разрешения.

5.4. Психологическая коррекция семейно-бытовых отношений сотрудников органов внутренних дел

Эффективность оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел, их уровень психической адаптации, эмоционального напряжения во многом зависит от того, какой характер отношений существует в его семье. Семья может быть огромным ресурсом для человека, а может, наоборот, быть постоянным источником напряжения и проблем. Психологическая помощь семье регламентируется приказом МВД России № 900, определяющим основные направления и задачи психологической работы в органах внутренних дел.

Семья имеет ряд важнейших характеристик (функции, структуру, динамику), определяющих ее благополучие или неблагополучие. Основными *функциями семьи* являются: хозяйственно-бытовая, эмоциональная, общения, воспитательная, первичного социального контроля, сексуально-эротическая. Функции семьи претерпевают определенные изменения, они могут нарушаться, что приводит к нарушению всей жизнедеятельности семьи. *Структура семьи* определяет ее состав, совокупность всех взаимоотношений, специфику реализации функций семьи, прав и обязанностей ее членов. *Динамика семьи* определяет этапы ее развития. В научной литературе описаны различные подходы к выделению основных этапов жизненного цикла семьи. Е. Дюваль выделил восемь этапов, которые достаточно точно описывают те кризисы и проблемы, с которыми сталкивается каждая пара¹.

¹ См.: Основы психологии семьи и семейного консультирования: учебник / под общ. ред. Н. Н. Посысоева. 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Юрайт, 2020. — 266 с.

1. Принятие и освоение супружеских ролей. Супруги занимаются урегулированием отношений с родительскими семьями, решают вопросы, связанные с планированием общего бюджета, с желанием стать родителями.

2. Появление в семье детей. Происходит переход от отношений двоих к отношениям троих. На этом этапе накапливается множество проблем, связанных с трудностями в связи с появлением ребенка и уходом за ним.

3. Семьи с детьми дошкольниками. В этот период накапливаются проблемы в связи с адаптацией к возрастным потребностям ребенка (введение детей во внесемейные институты), что сильно ограничивает личное пространство родителей.

4. Семьи с детьми в возрасте до 13 лет. Главной задачей семьи становится побуждение детей к учебным успехам. Основные сложности связаны с решениями по поводу будущего своих детей и их текущего развития.

5. Семьи с подростками, юношами и девушками. Проблемы этого периода связаны с необходимостью изменения отношений с детьми, предоставлением им необходимой свободы и ответственности. Взросление детей предполагает изменение ведущих смыслов семьи, возможность родителям создавать свой круг интересов, активно заниматься вопросами своей жизни.

6. Уход детей из семьи. Самым сложным на этом этапе становится выстраивание качественно новых отношений со своими детьми и установление отношений внутри своей пары, которая вновь возвращается к «бездетному» существованию.

7. Средний возраст (от «пустого гнезда» до пенсии). На этом этапе происходит реструктурирование супружеских отношений, старшее и младшее поколение учится выстраивать отношения независимости и сохранения родственных связей. Старшее поколение осваивает роли бабушек и дедушек.

8. Старение. Сложнейшие задачи этого этапа — принятие факта ухода на пенсию и адаптация к старости. Возможная смерть одного из супругов вызывает проблемы утраты и одинокой жизни.

Семья может рассматриваться как гармоничная и дисгармоничная. *Гармоничная семья* отличается иерархической структурой власти, ясными семейными правилами, сильной родительской коалицией, четкой дистанцией между поколениями. В такой семье присутствуют терпимость, взаимоуважение, искренность, честность. Члены

такой семьи тянутся друг к другу, умеют договариваться по всем аспектам совместной жизни, имеют похожие ценностные ориентации и интересы. В *дисгармоничных семьях* нарушается равновесие во взаимоотношениях, снижается социально-психологическая адаптация, формируются хронические противоречия и конфликты. В этих семьях существует недостаток интимности, семейные роли являются ригидными, что ограничивает развитие, как каждого члена семьи, так и семьи в целом.

В любой семье могут возникать *семейные нарушения*, которые представляют собой сложные образования, имеют многочисленные обуславливающие их факторы и формы проявления. Как отмечает А. А. Осипова, «можно выделить следующие группы семейных нарушений:

- острые (внезапная смерть одного из членов семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в семье и социальном статусе и т. д.);

- хронические (чрезмерная физическая и психическая нагрузка в быту и на производстве, сложности при решении жилищной проблемы, длительный и устойчивый конфликт между членами семьи и т. п.);

- связанные с резкой сменой образа жизни семьи (возникают при переходе от одного этапа жизненного цикла семьи к другому);

- связанные с суммированием трудностей, их "наложением" друг на друга (необходимость практически одновременного решения ряда проблем, например, завершение образования и освоение профессии, решение жилищной проблемы, первичное обзаведение имуществом, уход за ребенком и т. д.);

- связанные с этапами жизненного цикла семьи (например, на первом этапе жизни — это сложности взаимного психологического приспособления и конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками, при решении жилищной проблемы и т. д.);

- связанные с кризисами семьи (первый критический период наблюдается между 3-м и 7-м годами существования семьи, когда происходит изменение эмоциональных взаимоотношений и как результат — увеличение числа конфликтных ситуаций, рост напряжения; второй кризис назревает между 17-м и 25-м годами и связан с отделением детей от семьи, что приводит к нарастанию соматических жалоб, тревожности, ощущению пустоты жизни);

— обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла (трудности адаптации к произошедшим событиям, таким как развод, длительная разлука супругов, смерть одного из членов семьи, бездетность и т. д.);

— ситуационные воздействия на семью (к этой группе относятся трудности относительно кратковременные, но несущие угрозу функционированию семьи — серьезные заболевания членов семьи, крупные имущественные потери и т. п.)»¹.

В настоящее время в психологической коррекции семейных нарушений оформились несколько направлений: коррекция супружеских отношений, коррекция сексуальных проблем, коррекция детско-родительских отношений, коррекция посттравматических ситуаций. Выделяют психокоррекцию семейных отношений по длительности: кратковременную и долговременную. При организации коррекционной работы с семейными нарушениями необходимо определить регулярность и продолжительность каждой встречи, место проведения встреч (по месту жительства или в кабинете психолога), форму работы (с каждым членом семьи по отдельности или одновременно со всей семьей). В работе с семьей используются различные техники психодинамического, системного, эклектического направления психокоррекционной практики. В *психодинамическом подходе* анализируются психологические проблемы семьи, пережитые в прошлом и воспроизводимые в актуальном опыте. Коррекция направлена на осознание членами семьи того, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на неконструктивные способы адаптации в настоящей жизни. В *системном подходе* семью рассматривают как некую единую систему, в которой анализируются различные подсистемы внутрисемейных взаимодействий. В ходе психодиагностики выделяются типичные нарушения семейных отношений, создаются условия для эмоционального отреагирования каждым членом семьи, вырабатываются и поддерживаются навыки конструктивного взаимодействия. В *эклектическом направлении* в коррекционной работе с семьей используются различные по своим психологическим механизмам методы: ролевые игры, групповая дискуссия, анализ и интерпретация взаимоотношений и т. д.

Действенным методом при решении семейных затруднений является *психодрама Я. Морено*, которая проводится в форме сюжетно-

¹ Осипова А. А. Указ. соч. С. 297.

ролевой игры на избираемую тему¹. «Проживая» ситуацию, человек по-новому начинает осознавать проблему, способ своего реагирования, свое отношение к событиям, что открывает возможности коррекции своего поведения. При отреагировании внутренних конфликтов в ходе психодрамы происходит катарсис, что имеет большой целебный эффект. Классическая процедура психодрамы предполагает работу в группе, где выбираются позиции участников: протагонист (главный герой, который предоставляет свою семейную проблему), режиссер (психолог, который создает атмосферу в группе, распределяет роли, помогает протагонисту исследовать свою проблему, организует обсуждение происходящего), вспомогательные «Я» (участники группы, которые могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я»), зрители (члены группы, которые не принимают непосредственного участия в психодраматическом действии, но могут обсуждать ситуацию после ее завершения). Для проведения психодрамы необходима сцена — место в пространстве, где разворачивается психодраматическое действие. В ходе этой коррекционной работы протагонист творчески переосмысляет свои семейные проблемы и конфликты, глубже начинает понимать самого себя, овладевает навыками конструктивного поведения и способами эмоциональной саморегуляции.

В рамках системного подхода в коррекции семейных отношений зарекомендовал себя метод *системных расстановок* Б. Хеллингера². Расстановка может производиться в группе или самостоятельно специалистом-психологом. Семейная проблема как взаимодействие членов семейной системы расставляется в пространстве. Если это работа в группе, то психолог для представления в расстановке каждого члена семьи выбирает того или иного участника (заместителя). Определение места заместителя производится на основании его телесных ощущений. Затем заместители могут двигаться в пространстве и коротко описывать словами, что они чувствуют. Через свои ощущения, эмоции, чувства, образы они описывают семейную ситуацию, причем это может выходить далеко за пределы того, что рассказывает сам человек, заявивший семейную проблему. Заказчик, не имея определенной информации и будучи вовлеченным в семейную проблему, много

¹ См.: Крюгер Р. Лечение психодрамой: теория и практика / пер. с нем. М. Бушуева и И. Аношиной. — М. : Класс, 2017. — 705 с.

² См.: Хеллингер Б. Порядки любви: Разрешение семейно-системных конфликтов и противоречий. — М. : Изд-во Института Психотерапии, 2003. — 400 с.

не видит и не понимает. Заместители получают информацию о своих прототипах из «информационного поля». Доверие информации, которая приходит из «поля» посредством восприятия заместителя, является основным отличительным признаком метода системных расстановок. Такая терапевтическая возможность существует только в этом методе, хотя именно по этому поводу его и критикуют.

В коррекции детско-родительских и супружеских отношений широко используется *методика «семейная фотография»*. В ходе работы обсуждаются выбранные из семейного архива каждым членом семьи фотографии. Каждая встреча посвящается одному из членов семьи, он рассказывает о том, какое значение имеют и какие чувства вызывают у него отобранные фотографии. В процессе работы обнаруживаются и корректируются главные проблемы взаимоотношений в семье.

Методика «семейная скульптура» относится к социометрическим методикам коррекционной работы с семьей. Существует много вариантов использования этой методики, но главное ее достоинство заключается в невербальном характере, что позволяет преодолеть интеллектуализацию в обсуждении, снять разнообразные защиты, проекции и обвинения, которые существуют в семейной системе. Суть методики сводится к тому, чтобы каждый член семьи с помощью живой скульптуры показал действия и чувства членов семьи по отношению друг к другу, отражающие на его взгляд семейные затруднения. Психолог предлагает членам семьи, из которых лепится скульптура, быть гибкими как глина. Во время построения скульптур в наглядно-символической форме проявляются семейные альянсы и конфликты. После того как каждый член семьи вылепит свою скульптуру, начинается обсуждение, при этом психолог и члены семьи могут задавать друг другу вопросы. Один из вариантов методики предполагает скульптору придумать для каждого члена семьи слово или фразу, которые лучше всего характеризуют поведение этого человека. Члены семьи произносят эти фразы, что усиливает терапевтический эффект. Данная методика используется для диагностики семейной системы и коррекционной интервенции в нее.

Методика «сравнение ценностей» ориентирована на определение ценностей и социальных ролей, влияющих на внутрисемейные взаимоотношения. Данная методика используется, если в работе участвуют как минимум два члена семьи. Каждому члену семьи предлагается составить два списка ценностей: один список — собственные ценности, другой — ценности партнера. Ценности необхо-

димо располагать в порядке их важности, при этом не существует никаких ограничений по содержанию ценностей. Членов семьи просят зачитать составленные ими списку вслух, затем они сравнивают представленные списки и обсуждают ряд вопросов (источники ценностей, противоречия и различия в списках, как каждый член воспринимает ценности других и т. д.). Члены семьи не должны критиковать позиции друг друга, их задача — конструктивно обсудить несовпадение ценностных ориентаций и выявить связанные с этим скрытые от осознания семейные проблемы.

Групповая методика «родительский семинар», «супружеский семинар» используется для коррекции детско-родительских и супружеских отношений. Основной задачей выступают изменения отношений родителей к задачам воспитания, изменение отношений к проблемам супружества. В данной методике используются лекции, групповые дискуссии, библиотерапия, анонимные трудные ситуации. Лекционные темы подбираются в соответствии с запросами участников семинара (например, «семейный кризис и пути выхода из него», «естественность в воспитании детей» и т. д.) и ориентированы на расширение сознания участников по интересующим вопросам. Групповая дискуссия организуется по типу тематической или по типу анализа конкретных случаев. Целью дискуссии является осознание ее участниками психологического смысла жизненной ситуации и определение оптимальных подходов к ее решению.

Библиотерапия строится на рекомендации участникам семинара специально подобранной литературы по обсуждаемым проблемам для формирования собственной точки зрения. Анонимные трудные ситуации предлагаются психологом — это различные случаи из практики. Члены семинара предлагают свои варианты разрешения ситуаций, опираясь на полученную информацию в ходе семинара, в ходе чтения литературы, на свой собственный опыт. В дальнейшем происходит обобщение и анализ предложенных решений.

Проведение различных психокоррекционных мероприятий вооружает сотрудников органов внутренних дел новыми знаниями в области психологии семейных отношений, расширяет их творческий потенциал, содействует расширению их самопознания. Психокоррекционная помощь сотрудникам и членам их семей является важным направлением деятельности психологов правоохранительной системы, обеспечивающим готовность личного состава к эффективному выполнению оперативно-служебных задач.

Контрольные вопросы:

1. Какой нормативный акт МВД России регламентирует психокоррекционную работу с сотрудниками органов внутренних дел?
2. Какие методы используются психологами для коррекции состояний психической дезадаптации, переутомления сотрудников?
3. Опишите основные принципы психологической коррекции личности в кризисном состоянии.
4. Какие тренинги рекомендуется проводить для категорий сотрудников повышенного психолого-педагогического внимания в целях коррекции качеств их личности?
5. В чем отличие иммерсионных методов и методов систематической десенсибилизации в коррекции тревожности и страхов?
6. В каких целях используется метод М. Балинта в системе МВД России?
7. Каковы принципы и структура групповой дискуссии как метода коррекции межличностных отношений и внутригрупповых конфликтов в служебных коллективах органов внутренних дел?
8. Опишите методику проведения тренинга управленческой компетентности руководителей органов внутренних дел.
9. Какие методы используются психологами органов внутренних дел для коррекции семейных отношений сотрудников?
10. В чем специфика проведения семинаров для сотрудников органов внутренних дел, направленных на коррекцию супружеских и детско-родительских отношений?

ТЕМА 6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Учебные вопросы:

6.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.

6.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел.

6.1. Психическая травматизация и ее последствия как «мишени» психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел

В предыдущей теме мы упоминали о том, что ненормативные кризисы, возникающие у сотрудников органов внутренних дел в течение их профессиональной и личной жизни, связаны с возникновением психотравмирующих и экстремальных ситуаций. Психолог органов внутренних дел должен знать особенности последствий, возникающих у личного состава в экстремальных условиях деятельности, в ходе выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач, отличия посттравматических расстройств от ситуативного стрессового реагирования, а также особенности оказания психологической помощи в указанных случаях.

В основе системного подхода к реабилитационным мероприятиям сотрудников органов внутренних дел лежит понимание роли всего комплекса факторов риска в развитии состояний психической дезадаптации.

Психофизиологическая реабилитация — система медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессиональной работоспособности.

Психологическая реабилитация — система психологических, психолого-педагогических, социально-психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов (профилактику психических нарушений), восстановление утраченных функций или компенсацию дефектов развития, а также ресурсных и адаптационных возможностей, личного и социального статуса людей, получивших психическую травму.

Рассмотрим подробнее «мишени» психологической реабилитации в контексте служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

По степени экстремальности профессиональные ситуации в системе органов внутренних дел делятся на три типа.

1) *Критические инциденты* повседневной правоохранительной деятельности: конфликтное общение, агрессивное и манипулятивное поведение; взаимодействие с криминальным контингентом; преследование и задержание правонарушителей с использованием оружия; выявление притонов и подпольных лабораторий, где изготавливаются наркотики, лиц, причастных к незаконному изготовлению, хранению оружия и взрывчатых веществ; общественный резонанс и длительная фрустрация при раскрытии сложных уголовных дел, большое количество материалов в производстве при жестких временных ограничениях на их рассмотрение, сложность организации предварительного расследования; моббинг со стороны криминального элемента, а также столкновение со страданиями жертв преступлений и их родственниками, морально-нравственные переживания, связанные с необходимостью применения оружия, и т. д. В этом случае сотрудникам органов внутренних дел, испытывающим острый или перманентный стресс, оказывается психологическая помощь методами психологической коррекции, рассмотренными в предыдущей теме.

2) *Экстремальная ситуация* — «внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию»¹. В правоохранительной деятельности такие ситуации связаны с риском для жизни, высокими психологическими и физическими нагрузками: оперативно-розыскные мероприятия, задержание преступника, отражение и пресечение нападения, применение спецсредств и табельного оружия на поражение, и др. Такие ситуации, например, встречаются в работе патрульно-постовой службы полиции, оперативников, сотрудников подразделений по контролю за оборотом наркотиков, участковых инспекторов, сотрудников дежурных частей, инспекторов ГИБДД и всех тех, кто привлекается к проведению специальных операций.

3) *Чрезвычайная ситуация* — обстановка на определенной территории, объективно сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и наруше-

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н. С. Хрустальной. — СПб. : Изд-во СПбГУ, 2018. С. 113.

ние условий жизнедеятельности людей¹. Чрезвычайные ситуации в органах внутренних дел связаны с деятельностью в условиях ликвидации последствий стихийного бедствия, катастрофы, аварии на охраняемых объектах или проведения специальных и контртеррористических операций. Они включают обеспечение правопорядка, законности и правового режима, охрану особо важных объектов, пресечение преступлений и мародерства, оперативное проведение расследований, задержание преступников, участие в оказании помощи населению, органам власти, ФСБ, ОМОН, МЧС России и др.

Особо опасный вид правоохранительной деятельности — *служебно-боевая* — может носить характер длительного противостояния многочисленным вооруженным формированиям в местах их дислокации, а также иметь вид кратковременной вооруженной борьбы с преступниками, террористами и их пособниками в период проведения контртеррористической операции или после совершенного теракта.

Профессиональная деятельность в условиях экстремальных и чрезвычайных ситуаций, сопряженная с воздействием большого количества психогенных факторов, может приводить к возникновению у сотрудников органов внутренних дел психической травмы и состояний дезадаптации («боевого стресса», посттравматического стрессового расстройства, пограничных состояний, психосоматических заболеваний и др.).

Психическая травма — событие, связанное с любым видом насилия над личностью (вербальной или физической агрессией), угрозой физической целостности (ранения, травмы и др.), смерти (своей, близких или окружающих), с опасностью утраты здоровья, личного статуса, привычной картины мира, сопровождаемое интенсивными негативными переживаниями (страха, ужаса, беспомощности, краха жизненных ценностей и др.).

Боевой стресс — комплексное понятие, обуславливающее все варианты изменения функционирования личности в ходе выполнения служебно-боевых и оперативно-служебных задач и включающее в себя три группы психотравмирующих факторов:

1) *специфически-профессиональные* (угроза жизни при вооруженном столкновении, применении оружия в условиях визуального контак-

¹ Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ (ред. 28.12.2013) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5295/bb9e97fad9d14ac66df4b6e67c453d1be3b77b4c/ (дата обращения: 14.03.2021).

та, когда видны предсмертные мучения противника, вид трупов и обезображенных тел, стресс тяжелой¹ и продолжительной работы, информационный стресс и др.);

2) *ситуационно-психогенные*: физические (перегревание, переохлаждение, контузия, физическая травма, ранение и др.) и социально-психологические (ограниченность эмоциональных контактов с близкими, гибель сослуживцев, враждебность криминального элемента, конфликтные отношения в семье, финансовые проблемы, недостаточная социальная поддержка и др.);

3) *личностные*: биологические (нарушение физиологического ритма сна и бодрствования, сенсорная перегрузка, истощение организма, инфекционные и хронические заболевания, никотиновая и алкогольная зависимость, ожирение и др.) и индивидуально-психологические (осознание собственной уязвимости и несправедливости устройства мира, идентификация умершего с собой или близкими, непредсказуемость текущей обстановки и противоречивость информации о боевой задаче, страх смерти, ранения, проявлений трусости и др.).

По определению Е. В. Снедкова (1997), *боевая психическая травма* — многоуровневый процесс адаптационной активности организма в условиях боевой обстановки в ответ на сочетанное воздействие множества острых однократных психотравм, на фоне мощного хронического психотравмирующего стресса, сопровождаемого напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений².

А. Г. Караяни подчеркивает три важных момента в указанном определении: «во-первых, реакции осуществляются на физиологическом, когнитивном, эмоциональном, социально-психологическом и поведенческом уровнях, обеспечивая целостную реакцию организма на боевой стрессор; во вторых, осуществление приспособительных реакций может сопровождаться не только напряжением, но и перенапряжением и даже срывом процессов мобилизации ресурсов организма, сопротивления стресс-факторам; в-третьих, у военнослужащего формируются стереотипные психофизиологические и поведенческие паттерны, обеспечивающие приспособление к требованиям боевой обстанов-

¹ Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация. С. 127.

² См.: Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): дис. ... д-ра мед. наук. — СПб. : ВМедА, 1997. — 438 с.

ки и выживание в условиях действия боевых стрессоров и имеющие адаптивное значение исключительно в специфических реалиях боя»¹. Вследствие этого выделяют: «боевой конструктивный стресс (повышает боеспособность или сохраняет ее), боевой дистресс (снижает боеспособность), боевой травматический стресс (делает военнослужащего не боеспособным)»².

Сотрудники органов внутренних дел в своей повседневной жизни помимо *профессиональных* психических травм сталкиваются с перманентными стрессорами различной интенсивности и *личными* психотравмами (несчастные случаи, дорожно-транспортное происшествие, тяжелая болезнь, развод, горе, смерть близких, моббинг и др.), суммарное потенцирование которых усугубляет общую психическую травматизацию и способствует формированию негативных личностных изменений.

Психолог в своей деятельности может встретиться с проявлениями у сотрудников органов внутренних дел как отдельных симптомов посттравматического стресса (донозологического уровня), так и с развернутой картиной психической травматизации, требующей оказания лечебной (фармакологической, психотерапевтической) и реабилитационной помощи, а также возможного направления на освидетельствование военно-врачебной комиссии (ВВК). Поэтому психологу органов внутренних дел важно знать критерии различий симптомов стрессовых расстройств от преморбидных состояний стрессовой дезадаптации³.

Главное отличие последствий стресса от психической травмы состоит в том, что «стресс-факторы» являются пусковым условием общего адаптационного синдрома и индивидуального стрессового реагирования, эмоционально-поведенческие проявления которого находятся в нормативном диапазоне, купируются саморегуляцией или психокоррекционными мероприятиями.

«Психогенные факторы» являются предикторами дезадаптации вследствие резкого истощения ресурсов индивида (психофизиологических, социально-психологических), приводят к появлению психических расстройств (непсихотического и психотического типов), психопатологических и патопсихологических личностных изменений,

¹ Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (Психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие. — М. : Военный университет, 2018. С. 12–13 (152 с.).

² Там же. С. 15.

³ Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изм. и доп. от 20.08.2014).

нейроэндокринных синдромов и психосоматических заболеваний, которые требуют обязательной медико-психологической помощи и реабилитации.

С. Б. Семичов (1987) считает, что при истощении адаптационного потенциала процесс дезадаптации личности проходит три стадии:

- 1) напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов;
- 2) «парциальная» психическая дезадаптация (пограничные донологические расстройства);
- 3) «тотальная» психическая дезадаптация (неврозы, психосоматические заболевания и др.).

В экстремальных условиях деятельности личностные особенности сотрудников органов внутренних дел выступают детерминантами сохранения здоровья и профессионального долголетия, либо становятся предикторами дезадаптации. Г. К. Ушаков (1987) выделяет следующие уровни реагирования на психотравмирующую ситуацию: «внеличностные, системные, характерологические, личностные, а также систематизирует ситуации, коррелирующие с различными вариантами пограничных расстройств»¹ (табл. 2).

Таблица 2

**Систематика ситуаций, коррелирующих
с различными вариантами пограничных расстройств**

Ведущие свойства преморбида (характерологический радикал)	Клинические синдромы пограничных расстройств (клинический радикал)	Психотравмирующие ситуации
Сензитивность	Неврастенический, астенический, психопатический, аутистический	Перенапряжения (истощения) сложившегося стереотипа
Тревожная мнительность	Обсессивный, компульсивный, психастенический	Нарушающие привычный стереотип переключения
Истероидность	Истерический, псевдодементный, пуэрильный	Нарушающие стойкий эгоцентрический стереотип
Ригидность	Эксплозивный, эпилептоидный, параноидный	Отрицающие бескомпромиссность привычного стереотипа

¹ Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М. : Медицина, 1987. С. 122.

Первой реакцией на экстремальную ситуацию у сотрудников органов внутренних дел может быть возникновение дезорганизующих состояний: эмоциональной напряженности и неустойчивости. В таблице 3 приводятся критерии различий этих состояний, а также субъективные и объективные детерминанты их возникновения.

Таблица 3

**Донозологические эмоциональные состояния личности
в экстремальных условиях деятельности**

Критерии различий	Эмоциональная напряженность	Эмоциональная неустойчивость
Формы проявления	Тревога, гипотимия, трудности сосредоточения и переключения внимания, утомление, сниженная работоспособность, длительное «застревание» на негативном аффекте, субъективизм в оценках	Сочетание апатии с гипертоническим возбуждением, импульсивности действий, эмоциональной экспрессии, раздражительности с растерянностью, страхами, колебание настроений между экзальтацией и подавленностью
Детерминанты возникновения	Субъективные: несоответствие профессионально-важных качеств уровню предъявляемых требований, высокая ответственность за результат деятельности, неуверенность в надежности коллектива. Объективные: опасность для здоровья и жизни, необходимость принимать решения в условиях дефицита времени и информации	
Характеристики психической деятельности	Снижение качества когнитивных процессов, помехоустойчивости, нарушение оценки временных параметров, отвлекаемость внимания, нерациональное планирование и ошибки в деятельности, краткое и формализованное общение	Замедление когнитивных процессов и двигательных реакций, работоспособность резко неравноценна в разные периоды времени по производительности и качеству выполнения, используемые навыки не соответствуют обстановке, конфликтность

В качестве проявлений дистресса могут наблюдаться «импульсивный (несвоевременные действия, гипердинамика, «двигательная буря») и тормозной типы дезадаптивного поведения (блокировка сформированных навыков, торможение действий, двигательный ступор, подавление процессов восприятия и мышления, переработки информации и принятия решений)»¹.

Перечисленные выше состояния не требуют психологической реабилитации и могут быть компенсированы методами психологической коррекции.

Возможными причинами дезадаптации сотрудников органов внутренних дел являются преморбидно сформировавшаяся профессиональная деформация личности, эгоцентрическая мотивация деятельности, неконструктивные установки, особенности и свойства личности (пессимистичность, социальная интроверсия, ригидность, невротический контроль, импульсивность, эмоциональная лабильность, индивидуалистичность, тревожность, чувство вины, замкнутость, низкая волевая регуляция и нормативность поведения, органические нарушения центральной нервной системы), а также конфликтные межличностные отношения и неблагоприятный морально-психологический климат в коллективах.

Однако психотравмирующая ситуация не является фактором, действующим на личность абсолютно негативно. С точки зрения психической нормы существуют три варианта личностных изменений сотрудников органов внутренних дел в условиях оперативно-боевой деятельности (таблица 4): позитивные (конструктивно-адаптивные), компенсирующе-защитные (неустойчиво-адаптивные) и негативные (предпатологические).

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 19.

**Нормативный диапазон личностных изменений
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Личностные изменения		
Позитивные (конструктивно-адаптивные)	Компенсирующе- защитные (неустой- чиво-адаптивные)	Негативные пограничные* (предпатологические)
Увеличение		
Нервно-психической устойчи- вости, самоконтроля и уравно- вешенности, способности к эффективной экстренной мо- билизации; работоспособно- сти, быстроты реакции; актив- ности, мужественности, упор- ства, смелости, решительности, способности к самопожертво- ванию (героизма); ответствен- ности, доверия, сплоченности и группового сотрудничества; независимости, рационально- сти, объективной проница- тельности; оптимизма; сообра- зительности, критичности мышления и восприимчивости к новому решению проблем; физической выносливости, то- лерантности к боли	Осторожности, бди- тельности к опасно- сти; эмоциональной холодности, соци- альной интроверсии; конформности по от- ношению к рефе- рентной группе; спо- собности мыслить абстрактно- аналитически на ос- нове минимальной информации и пре- небрегая эмоциями; склонности к интел- лектуальной транс- формации тревоги, уходу от реальности в ирреальный мир фантазий	Эмоциональной напря- женности, тревожности, страха и беспокойства; психомоторных прояв- лений (возбудимости, импульсивности, оши- бочных действий или психического утомле- ния, апатии и пассивно- сти); психовегетативных проявлений (тахикардия, боли в области сердца, потливость, тремор, го- ловокружение, тошнота, бессонница и др.); гипо- тимических и дистими- ческих проявлений; ри- гидности и индивидуа- листичности
Снижение		
Уровня непродуктивной эмо- циональной напряженности; эгоцентризма и цинизма; числа лиц с застревающим типом ак- центуации.	Эмотивности; чув- ствительности к сре- довым воздействиям, потребности в отдыхе и личном комфорте	Концентрации внима- ния, скорости запомина- ния; уверенности в сво- их силах и др.

* Все изменения наблюдаются на фоне сохранения критической оценки происходяще-
го и способности к целенаправленной деятельности

Позитивные (конструктивно-адаптивные) последствия опера-
тивно-боевой деятельности. В этом случае психическая травма являет-
ся «пусковым механизмом» личностного роста, эмоциональной зре-
лости и развития волевых качеств. Адаптационные ресурсы опти-
мально мобилизованы и расходуются точно по необходимости, не рас-
трачиваясь на непродуктивную деятельность. Результатом является от-

существование острых эмоциональных реакций, посттравматических нарушений и соматических расстройств. Вероятно, успешная адаптация к деятельности в экстремальных условиях характерна для тех профессионалов, у которых накопленный боевой опыт (знания, умения и навыки побеждать), привел к смене стенического стрессового реагирования на конструктивное (отважное). Сотрудников органов внутренних дел с позитивными последствиями насчитывается в раннем (до 1 года) и отдаленном (2–10 лет) периоде реадaptации 37,5 % и 29,6 % соответственно. Данным сотрудникам показаны: здоровый образ жизни, соблюдение режима труда и отдыха, полноценный сон, занятия спортом.

Компенсирующие-защитные (неустойчиво-адаптивные) изменения проявляются средними показателями соматической заболеваемости, психического напряжения и утомления, стеническим типом стрессового реагирования с преобладанием возбудимых черт, импульсивной гиперактивностью, склонностью к риску, агрессивным реакциям, эгоцентричностью, директивностью, недостаточным волевым самоконтролем. В этом случае адаптация достигается мобилизацией ресурсов организма, сбалансированностью разнонаправленных личностных паттернов (агрессивность — конформность; конфликтность — подчиняемость приказам; импульсивность — ригидность и др.), а также компенсацией защитными механизмами, напряженность которых обуславливает риск функциональных соматических нарушений. Данный тип последствий проявляется в раннем (до 1 года) периоде реадaptации у 45 % сотрудников органов внутренних дел, а в отдаленном (2–10 лет) — у 51 %. В целях профилактики посттравматических личностных расстройств им показаны разноплановые релаксационные процедуры (рефлексо— и ароматерапия, аутогенная тренировка, электросон, общий и точечный массаж, бальнеопроцедуры и др.), активный отдых, дозированные физические нагрузки, психологическое консультирование, психокоррекция акцентуированных личностных черт, психотерапия умеренно выраженных симптомов посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), обучение методам психической саморегуляции и своевременное лечение соматических заболеваний.

Негативные пограничные (предпатологические) последствия характеризуются субкомпенсированными симптомами ПТСР, выраженной психической напряженностью и утомлением, конфликтным сочетанием гипостенических (инертность, пассивность, пессимизм, зависимость) и стенических (возбудимость, импульсивность, авторитарность)

личностных свойств, усиленных чертами индивидуалистичности (субъективизм, эгоцентризм, эмоциональная отгороженность), признаками астенизации, смешанным типом стрессового реагирования, низкой мотивацией к деятельности, склонностью к употреблению психоактивных веществ, частой и длительной заболеваемостью. Эмоциональный дискомфорт, психическая напряженность, связанные с вытесненной тревогой, подавленной враждебностью и противоречивым типом реагирования, приводят к актуализации защитных механизмов: психологических (отрицания, вытеснения, невротического контроля, интеллектуальной трансформации тревоги с уходом в воображаемую реальность, симптомов «избегания» ПТСР) и биологических (вегетативный дисбаланс, нарушения работы внутренних органов). Сотрудников органов внутренних дел с негативными последствиями насчитывается в раннем (до 1 года) и отдаленном (2–10 лет) периоде реадaptации 17,5 % и 19,4 % соответственно. Таким сотрудникам показан здоровый образ жизни, спокойные условия жизнедеятельности, привычный круг общения, дозированные физические нагрузки, лечение соматической патологии (фармако- и физиотерапия), а также психологическая реабилитация: семейная и индивидуальная психотерапия (телесно-ориентированная, когнитивно-бихевиоральная, гештальт-терапия, символдрама и др.), направленная на гармонизацию отношений, купирование субклинических симптомов ПТСР, повышение самооценки.

Патопсихологические личностные изменения в условиях служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности включают широкий спектр состояний дезинтеграции психической деятельности: острые и отсроченные стрессовые реакции, динамически-ситуативную «комбатантную акцентуацию», отдельные симптомы острого стрессового расстройства (ОСР) и ПТСР, не достигшие уровня нозологических расстройств, а также девиантное и криминальное стрессовое поведение (таблица 5), которое обусловлено факторами отягощенной наследственности, неправильным типом семейного воспитания и аддиктивными расстройствами, сформировавшимися в преморбидном периоде.

**Патопсихологические личностные изменения
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Стрессовые реакции	Девиантное и криминальное стрессовое поведение
1) Эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного, депрессивно-апатического, панического типа и др.; 2) регресс поведения на фоне аффективно-эксплозивных реакций и разрушительных действий; 3) диссоциативная амнезия; 4) вторгающиеся воспоминания, сопровождаемые тревогой и страхом; 5) затруднение засыпания, устрашающие сновидения; 6) чувство вины по поводу совершенного или несовершенного действия; 7) эмоциональная холодность; 8) ухудшение межличностного взаимодействия, социальная изоляция, озлобленность, обидчивость; 9) недоверчивость, подозрительность; 10) деструкция прежних копинг-стратегий, морально-нравственных установок и ценностей	1) Мстительность, жестокость; 2) драки, грабёж, насилие; 3) злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, с преобладанием атарактических и гедонистических мотивов; 4) снижение критики к наркотизации или полная анозогнозия; 5) безответственность, беспечность, дезертирство, недисциплинированность; 6) отказ выполнять приказы, участвовать в боевых операциях, предательство; 7) нарушение правил эксплуатации техники, аварийность, производственный травматизм, 8) небрежное отношение к своему здоровью (ранению); 9) суицидальные попытки, членовредительство; 10) аггравация, симуляция и др.

А. Г. Караяни указывает, что «нарастание деструктивных процессов, связанных с напряжением стресс-регулятивных механизмов, может сопровождаться *эмоционально-сенсорными нарушениями* (в восприятии элементов боевой обстановки, снижение объема, ясности, точности восприятия размеров, форм объектов боевой обстановки, расстояний до них; приоритетное восприятие второстепенных элементов в ущерб жизненно важным; ощущение нереальности происходящего, эффект «туннельного видения» и др); *эмоционально-ассоциативные нарушения* (ошибочные умозаключения, принятие неверных решений; нарушение памяти, воображения, снижение логичности, критичности мышления, мыслительный ступор); *эмоционально-моторные нарушения* (снижение

согласованности и точности действий, нарушение соразмерности движений, снижение волевого потенциала, «боевая апатия» и др.)»¹.

В структуре личности зоной наибольшей уязвимости являются акцентуации характера, которые «наслаиваются» на комплекс травматических переживаний, предшествующий жизненный опыт, особенности когнитивной переработки фрустрирующих переживаний и механизмы психологической защиты.

Психопатологические последствия формируются у недостаточно профессионально и психологически подготовленных, не имеющих боевого опыта сотрудников органов внутренних дел. Они представляют собой устойчивые, нозологически оформленные болезненные расстройства непсихотического и психотического уровней, требующие оказания срочной медицинской помощи (таблица 6).

Таблица 6

**Психопатологические личностные изменения
в условиях служебно-боевой
и оперативно-служебной деятельности**

Психогенные реакции и состояния	
Непсихотический уровень	Психотический уровень
1. Психогенные патологические реакции: острый астенический, депрессивный, тревожно-обсессивный, истерический и другие синдромы на фоне снижения критической оценки своего состояния и ситуации, нарушения возможности к целенаправленной деятельности. 2. Психогенные невротические состояния: истерический невроз, неврастения, невроз навязчивых состояний, депрессивный невроз с утратой критического понимания происходящего и возможности к целенаправленной деятельности. 3. Острое и посттравматическое стрессовое расстройство. 4. Органические непсихотические эмоционально-личностные расстройства (на фоне черепно-мозговых травм, дисциркуляторной энцефалопатии и др.). 5. Посттравматическое расстройство личности	1. Острые реактивные психозы: острые аффективно-шоковые реакции, сумеречные состояния с психомоторным возбуждением и двигательной заторможенностью. 2. Затяжные реактивные психозы: депрессивные, параноидные, псевдодементные синдромы, истерические и другие психозы. 3. Психотическое расстройство на фоне употребления психоактивных веществ. 4. Экзогенно-органические психозы. 5. Декомпенсация акцентуаций и психопатий с галлюцинациями, бредовыми идеями, расстройствами сознания и др. 6. Потеря контакта с действительностью, дезорганизация деятельности (вплоть до асоциального поведения) и грубого нарушения критики своего состояния

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 19–20.

В таблице 7 отражены диагностические критерии острого (ОСР) и посттравматического (ПТСР) стрессовых расстройств согласно DSM-V¹. В Международной классификации болезней 11-й пересмотра (МКБ-11) в разделе 6B60 также описываются симптомы ПТСР², при этом главным для диагностики является симптом «вторжения» (повторного переживания травматических воспоминаний).

Таблица 7

Диагностические критерии ОСР и ПТСР в DSM-V³

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
А	Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов: 1. Личное переживание травматического события. 2. Человек стал свидетелем события, которое произошло с другими. 3. Получение известия о том, что травматическое событие произошло с членами семьи или близкими (родственником, другом, коллегой). 4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (aversive) деталей травматического события (например, участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с неоднократным столкновением с подробностями насилия над детьми)		
В	Диагноз ставится на основании выявления <i>одного (или более)</i> симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после травмирующего события. 1. Навязчивые неконтролируемые и тягостные воспоминания о травмирующем событии. 2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием. 3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых человек ощущает и ведет себя также как в момент психотравмирующего события (в тяжелом случае наблюдается полное отсутствие осознания реальности). 4. Интенсивный или продолжительный дистресс при столкновении	В	Диагноз ставится на основании выявления <i>девяти (или более)</i> симптомов в пяти категориях («вторжения», «негативных эмоций», «диссоциации», «избегания» и «возбудимости»), которые начинаются сразу после психотравмирующего события или усиливаются после него. <i>Симптомы вторжения:</i> 1. Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые тягостные воспоминания о травмирующем событии. 2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием. 3. Диссоциативные реакции (флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (подоб-

¹ Молчанова Е. С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. Т. 6. № 1 (24). 2014. С. 9.

² Международная классификация болезней (11-й пересмотр) (МКБ-11). Расстройства, связанные со стрессом. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб. : Оверлайн, 1994. — 300 с.

³ Молчанова Е. С. Указ. соч. С. 4–5, 9–10.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
	с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события. 5. Психологические реакции на внутренние и внешние признаки, напоминающие о травматическом событии		ные реакции отмечаются в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находится полное отсутствие осознания реальности). 4. Интенсивный или продолжительный дистресс, заметные психологические реакции при столкновении с признаками, напоминающими или символизирующими какой-либо аспект травматического события.
C	Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием, которое проявляется <i>одним или двумя</i> признаками: 1. Избегание негативных воспоминаний, мыслей, чувств, ассоциированных с психической травмой. 2. Избегание людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций, которые вызывают негативные воспоминания или чувства о травматическом событии.		<i>Негативные эмоции:</i> 5. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовольствие или любовь). <i>Диссоциативные симптомы:</i> 6. Дерекализация (постоянное или повторяющееся чувство нереальности происходящего, как во сне) и деперсонализация (восприятие своих психических реакций, тела как бы «со стороны», оцепенение, ощущение замедленного течения времени). 7. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), приемом алкоголя или наркотиков.
D	Негативные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с психотравмой (<i>два или более признака</i> из перечисленных): 1. Диссоциативная амнезия (невозможность вспомнить аспекты травматического события), не связанная с ЧМТ или приемом психоактивных веществ. 2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения и ожидания в отношении себя, других и окружающего мира (например, «Я плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»). 3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других. 4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд). 5. Заметно сниженный интерес и отказ от участия в значимых социальных мероприятиях. 6. Чувство отчуждения от других. 7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (радость, удовольствие, счастье, любовь и др.)		<i>Симптомы избегания:</i> 8. Избегание дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств, ассоциированных с травмирующим событием. 9. Избегание внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, деятельности, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии. <i>Симптомы возбуждения:</i> 10. Нарушения сна (затрудненное засыпание, устрашающие сновидения, содержащие обстоятельства травмы, бессонница, частые пробуждения). 11. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим. 12. Высокая настороженность. 13. Низкая концентрация внимания. 14. Вздрагивание на пугающий звук

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)		Острое стрессовое расстройство (ОСР)	
Е	Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с психотравмой, которые возникают или усиливаются после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных): 1. Раздражение, вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам. 2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение. 3. Сверхнастороженность. 4. Вздрагивание на пугающий звук. 5. Низкая концентрация внимания. 6. Нарушения сна (трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон и др.)	С	Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после психотравмы
F	Нарушения (критерии В, С, D и Е) продолжаются более одного месяца	D	Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)
		E	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, комплексные парциальные припадки и др.)
G	Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения другой сферы функционирования индивида (социальной, профессиональной и др.)		
H	Нарушения не вызваны употреблением психоактивного вещества или другим медицинским состоянием (ЧМТ, психоз, алкогольная интоксикация, комплексные парциальные припадки и др.)		

В отличие от развернутой клинической картины ОСР или ПТСР, у сотрудников органов внутренних дел чаще наблюдаются отдельные донологические симптомы (в ранние или отсроченные периоды реадaptации), а также проявляются характерные особенности посттравматических личностных изменений:

1. «Комплекс жертвы» — апатия, отказ от ответственности, снижение самооценки, высокий уровень тревожности, восприятие будуще-

го как опасного и непредсказуемого, катастрофические предчувствия, вследствие этого нежелание планировать свою жизнь. Характерна триада симптомов: «беспомощность поведения», «безвыходность ситуации», «безнадежность будущего». Образ «Я» — бессильный, беззащитный, не способный преодолевать трудности и изменить свою жизнь к лучшему, внешний «локус контроля» (не «я делаю», а «со мной происходит...», «так уж сложились обстоятельства»¹ и др.), в тяжелых случаях возможно нарушение идентичности.

2. «Комплекс отверженности» — эмоциональная холодность, отгороженность, отчужденность, разделение людей на «своих» и «чужих». Жизненная установка: «никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси». Внешний мир воспринимается как опасный, «вторгающийся в мою жизнь» или «отторгающий меня».

3. Нарушение единства прошлого, настоящего и будущего во временной структуре личности (ностальгия по прошлому в сочетании со страхом будущего и возрастной регрессией, прагматизм или нереалистическая «вера в чудесное избавление», «жизнь одним днем», уход в мир грез и фантазий).

Экстремальная ситуация может вызвать развитие ненормативного личностного кризиса. В этом случае необходима психологическая работа как с последствиями психической травмы, так и с кризисным состоянием. Важно отметить, что причина (этиология) психической травматизации не важна для выбора тактики, форм и методов психологической помощи. Значение имеет время возникновения травмы и длительность периода последствий (острая — часы, дни; отсроченная — от 1 до 12 месяцев; отдаленная — более 1 года), субъективный вид травмы (актуализированная, нарушающая жизнедеятельность или латентная, вытесненная в подсознание механизмами психологической защиты), характер изменений (линейный прогрессирующий, интермиттирующий или прогредиентный), стадия адаптации или тип, степень дезадаптации, а также личностные особенности индивида.

Основными задачами реабилитации личности после психической травмы независимо от ее этиологии являются:

— аффективная и когнитивная переоценка травматического опыта (снижение тревоги, ауто— и гетероагрессии, освобождение от вторгающихся воспоминаний, флэшбэков, гипервозбудимости);

¹ Осухова Н. Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях : учеб. пособие. — М. : Академия, 2012. — 288 с.

— когнитивная переоценка жизненных ценностей, приоритетов, целей и смысла жизни, пробуждение желания жить и веры в возможность позитивного будущего;

— обретение контроля над своей жизнью и создание новой когнитивной модели жизнедеятельности;

— восстановление самоидентичности и разрушенной «картины мира», осознание ценности себя и своей жизни;

— принятие своего «Я», интеграция травматического опыта в представление о себе, обретение уверенности в своих силах и готовности к переменам, развитие нового жизненного качества — «адаптивности» (способности самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими¹).

Таким образом, «мишенями» психологической реабилитации, проводимой психологами среди сотрудников органов внутренних дел, являются: негативные пограничные (предпатологические) последствия психической травматизации (независимо от ее этиологии), проявляющейся в виде субкомпенсированных (не достигающих уровня развернутого клинического диагноза) симптомов ОСР и ПТСР, патопсихологических личностных изменений, а также психогенных реакций и состояний непсихотического уровня.

Основные психотерапевтические методы, наиболее часто применяемые для реабилитации психической травмы:

1. В остром периоде, при работе с симптомами ОСР:

— техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз;

— техника вскрывающих интервенций;

— систематическая десенсибилизация, релаксационная визуализация;

— трансформация образа (метод В. Стюарт) в сочетании с фокусированием (метод Ю. Джендлина);

— метод двойной диссоциации и другие методы нейролингвистического программирования (НЛП);

2. В отдаленном периоде, при работе с симптомами ПТСР:

— «мнемореабилитация» (реабилитация памяти о психотравмирующем событии);

— техники гештальт- и арт-терапии;

— техники краткосрочной позитивной психотерапии;

¹ Там же.

- психодрама, символдрама;
- психокоррекция отношений к другим людям, развитие способности к эмпатии;
- тренинг преодоления тревоги (АМТ) и др.

В следующем параграфе эти методы рассматриваются более подробно с учетом особенностей организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел.

6.2. Методы психологической реабилитации и особенности организации психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел

Медико-психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел регламентируется приказом МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 20.08.2014).

Этим приказом утверждается:

- перечень показаний к медико-психологической реабилитации (приложение № 1 к приказу);
- перечень категорий сотрудников, подлежащих медико-психологической реабилитации (приложение № 2 к приказу);
- порядок и места проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел (приложение № 3 к приказу)¹.

Приказом МВД России от 02.09.2013 № 660 определены группы сотрудников органов внутренних дел, нуждающиеся в повышенном психолого-педагогическом внимании, в целях проведения мероприятий по их психологической реадaptации к служебной деятельности².

Профилактика развития негативных последствий воздействия профессиональной деятельности включена в процесс морально-психологического обеспечения подразделений органов внутренних дел и осуществляется в три этапа:

¹ URL: <https://mvd.consultant.ru/documents/19316> (дата обращения: 20.09.2022).

² См.: Приказ МВД России от 02.09.2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=642978#07231010991871349> (дата обращения: 20.09.2022).

1) подготовительный (профессиональный психологический отбор перед выполнением оперативно-служебных задач);

2) оперативный психологический мониторинг (контроль состояния с помощью наблюдения, беседы, экспресс-диагностики), прогноз деятельности и первичная психологическая реабилитация в процессе выполнения оперативно-служебных задач;

3) психологическое сопровождение сотрудников органов внутренних дел после выполнения служебно-боевых задач (вторичная психологическая коррекция и реабилитация в процессе динамического наблюдения).

Профилактика развития негативных последствий начинается на подготовительном этапе путем проведения морально-психологической подготовки, подбора психологически совместимых групп, оперативно-психологического контроля и прогноза деятельности сотрудников органов внутренних дел.

Профилактические меры по повышению стрессоустойчивости:

1) ознакомление с основными симптомами ОСТ и ПТСР, наиболее частыми типами реакций, что обеспечивает готовность к их появлению и оказывает профилактическое действие на изменения собственного состояния;

2) анализ мотивации и личностного смысла пребывания в зоне боевых действий, работа над индивидуальной стратегией преодоления посттравматического стресса.

В процессе выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач проводится:

1) динамическое наблюдение (мониторинг) за психофизиологическим состоянием сотрудников органов внутренних дел: диагностика и контроль негативных последствий выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, рекомендации по формам и методам реабилитации;

2) первичная психологическая реабилитация, которая реализуется в три этапа:

— выделение подразделений, выполнявших служебные задачи в особо опасных условиях;

— выявление сотрудников внутренних дел с признаками социально-психологической дезадаптации;

— проведение индивидуальной и групповой реабилитации после применения огнестрельного оружия в ситуациях оперативно-служебной деятельности.

По истечении 2 суток (48 часов) после вооруженного столкновения в рамках психологической реабилитации возможно провести с личным составом *психологический дебрифинг*, направленный на структурирование и выражение эмоциональных переживаний. Руководить дебрифингом должен психолог органов внутренних дел, в случае его отсутствия — командиры подразделений, знакомые с симптомами психической травмы и обученные технике групповой работы. Согласно приказу МВД России от 10.01.2012 № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации», психолог не позднее 5 суток обязан собрать полную информацию о психотравмирующих факторах, которым подверглись сотрудники органов внутренних дел, и провести дебрифинг¹.

Дебрифинг стресса критического инцидента был впервые описан Дж. Митчеллом как метод групповой кризисной интервенции и профилактики последствий психотравмы. Дебрифинг направлен на снижение острого дистресса и превенцию отсроченных симптомов ПТСР².

Психологический дебрифинг позволяет участникам в условиях конфиденциальности осуществить рефлекссию и самоанализ впечатлений, чувств, связанных с инцидентом, и в результате снизить тяжесть психологических последствий от пережитого стресса. Для достижения этой цели решаются следующие задачи: отреагирование эмоций; когнитивная переработка полученного опыта посредством понимания структуры и смысла произошедших событий; усиление чувства солидарности, групповой поддержки и понимания; подготовка к переживанию тех симптомов, которые могут возникнуть в дальнейшем, определение средств возможной помощи. В результате мобилизации внутренних ресурсов у сотрудников уменьшается внутреннее напряжение, снижается ощущение уникальности и патологичности собственных реакций.

Дебрифинг имеет четкую структуру, в нем выделяют три части:

I — проработка чувств участников: «Что Вы чувствовали — эмоционально и телесно во время психотравмирующего события?», «Какое событие (ситуация) было наиболее тяжелым?», «Что Вы видели, слышали и ощущали?», «Что Вас беспокоит, тревожит, раздражает, злит больше всего?» и др.;

¹ Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».

² См.: Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко. — М., 2003. — 607 с.

II — детальное обсуждение симптомов в атмосфере эмпатии, эмоциональной защищенности и поддержки: «Какова была Ваша реакция на происходящее?», «Есть ли у Вас вторгающиеся воспоминания, нарушения сна, гипербдительность, раздражительность, агрессия в настоящий момент?», «Стремитесь ли Вы избегать разговоров, мыслей, людей и мест, как-то связанных или напоминающих Вам о травматическом событии?», «Есть ли у Вас чувство вины или желание отомстить?»;

III — мобилизация внутренних ресурсов, информирование о типичных состояниях и реакциях на психическую травматизацию, формирование планов на будущее.

Существуют различные варианты дебрифинга, включающие разное количество стадий, которые ставят своей задачей отреагирование негативного жизненного опыта или осознание позитивного опыта. Основные этапы дебрифинга: вводная (знакомство участников с основными задачами дебрифинга); подробное восстановление фактов инцидента, «вентиляция» (описание) мыслей, переживаний и чувств, обсуждение симптоматики состояния, мобилизация ресурсов и планирование будущего (фаза реадаптации). Альтернативная методика психологической помощи «Позитивный дебрифинг» описана в энциклопедии современной юридической психологии¹.

Дебрифинг может быть повторен спустя несколько недель или месяцев. В этот период целесообразно рекомендовать сотрудникам органов внутренних дел использовать навыки саморегуляции (аутогенная тренировка, прогрессирующая мышечная релаксация) для профилактики и коррекции отдельных симптомов постстрессовых нарушений.

По мнению А. Г. Караяни, в рамках психопрофилактики боевого стресса сотрудникам необходима «актуализация внутренних ресурсов (например, памяти об эффективных действиях, мотивации и т. д.) или предоставлении им внешнего психологического ресурса (заражение боевым настроем, сообщение мобилизующей информации и т. д.), позволяющего преодолевать стресс-факторы и вернуть состояние в требуемый для боя интервал психофизиологической мобилизованности»².

К способам психопрофилактики, влияющим на психическое состояние, относятся: «регуляция дыхания, управление тонусом скелетной мускулатуры, отвлечение внимания, визуализация ресурсных состояний и успешных действий (идеомоторная тренировка, сенсорная

¹ Энциклопедия юридической психологии / под ред. А. М. Столяренко.

² Караяни А. Г. Указ. соч. С. 50.

репродукция образов), вербализация желаемых состояний и действий, закрепление (якорение) ресурсных состояний»¹.

А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева (2000) сформулировали основные проявления ПТСР, которые могут поддаваться коррекции при помощи *аутогенной тренировки*:

1) расстройства сна — затруднение засыпания, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после пробуждения, тягостные и кошмарные сновидения;

2) эмоциональная холодность, отсутствие позитивных эмоций, повышенная возбудимость и тревожность, сопровождающиеся сердцебиением, потливостью, слабостью, одышкой и др.;

3) нарушения концентрации внимания;

4) гипотимия и снижение мотивации (чувство подавленности, безнадежности, снижения энергетического потенциала, активности);

5) отдельные психосоматические симптомы (боль, тахикардия, учащенное дыхание, онемение конечностей и др.)².

В отечественной литературе лучшим руководством по аутогенной тренировке признается монография В. С. Лобзина, М. М. Решетникова³.

Прогрессирующая мышечная релаксация (ПМР) по Э. Джекобсону позволяет с помощью выполнения простых упражнений снизить непроизвольное напряжение поперечнополосатой мускулатуры, возникающее в стрессовых ситуациях и по принципу обратной связи уменьшить тревожность, нервно-психическую напряженность, явления переутомления. При регулярных занятиях у индивида развивается «привычка отдыхать» в любых условиях профессиональной деятельности, тем самым формируется психологическая установка, характеризующаяся меньшей возбудимостью и подверженностью стрессам. ПМР также позволяет снизить проявления невротических реакций, сопровождающихся фобиями и нарушениями сна.

В качестве «экспресс-психотерапии» в период подготовки к выполнению служебно-боевых задач (или непосредственно после них) возможно использовать технические средства, например аппарат электротранквилизации «Микро-Лэнар», способствующий нивелированию

¹ Там же.

² См.: Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. — М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. — 128 с.

³ Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л. : Медицина, 1986. — 279 с.

психологической напряженности, переутомления, восстановлению физиологического ритма сна, купированию болевого синдрома различной этиологии и «предстартовой лихорадки». Аппарат нормализует естественный для индивида альфа-ритм головного мозга, тем самым стабилизируя когнитивные функции, восстанавливая функциональное состояние, повышая психическую устойчивость и работоспособность, а также оказывая седативный и анальгезирующий эффекты. Микро-Лэнар способен подготовить сотрудника органов внутренних дел к оптимальной реакции и адекватным действиям в экстремальных условиях. Воздействие импульсным током производится путем наложения электродов на область лба (катод) и область сосцевидного отростка (анод) через влажные ватные тампоны (рисунок 10).

Рефлексотерапия (точечный массаж) — эффективный неинвазивный метод, который искусственно создает синхронный поток афферентных сигналов благодаря местной рефлекторной реакции, изменяя функциональное состояние центральной, периферической и вегетативной нервной системы. Наиболее эффективны активные зоны дистальных отделов верхних и нижних конечностей, лица и головы, поскольку их афферентные системы имеют в сенсомоторной коре наиболее широкое представительство. Данный метод может применяться при широком круге нарушений сна, бодрствования, вегетативных функций, поведения, эмоций, мотиваций¹.



Рисунок 10. Аппарат электротранквилизации «Микро-Лэнар»

¹ Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. — М. : Практическая медицина, 2008. — 448 с.

Заключительный (третий) этап морально-психологического обеспечения включает *психофизиологическую реабилитацию*. Этот процесс содержит и общий комплекс профилактических мероприятий: сбалансированное питание, правильный режим работы и отдыха, физическую активность, отказ от алкоголя и психоактивных веществ (курение, кофеин), лечение соматической патологии, восстановление социальных связей, семейных отношений и др.

А. Г. Караяни указывает, что «основными задачами психологической реабилитации военнослужащих являются: выявление деструктивного и травматического стресса; сортировка (классификация) военнослужащих по уровню стресса; эвакуация с поля боя; восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия; формирование у пострадавших эффективных моделей поведения в различных ситуациях, навыков саморегуляции психических состояний и др.»¹.

А. Г. Караяни сформулировал перечень принципов психологической реабилитации военнослужащих, объединяемый акронимом «БЛОКПОСТ»:

«Близость» — мероприятия психологической реабилитации должны осуществляться в пунктах психологической работы и медицинских подразделений своих соединений и частей («в пределах слышимости боя»).

Личностный подход — требует относиться к пострадавшим не как к пациентам, а как к лицам, нуждающимся во временном отдыхе; не допускать нанесение им какого-либо вреда; располагать пункты психологической помощи вне пределов видимости медицинских подразделений; организовывать посещения пострадавших командирами и сослуживцами, выражающими надежду на возвращение их в боевой строй.

Оперативность — предполагает немедленное начало реабилитации после обнаружения психологических проблем в целях обеспечения отреагирования травматического события, трансформации его смысла и оказания пострадавшим социальной поддержки.

Краткосрочность — проведение психологической помощи в течение ближайших 12–72 часов (в целях профилактики возникновения «вторичной выгоды»).

Превенция — формирование психологической устойчивости и обучение приемам психопрофилактики, само- и взаимопомощи.

¹ См.: Караяни А. Г. Указ. соч. С. 61.

Обеспеченность — создание методической и материально-технической базы для оказания психологической помощи.

Системность — устанавливает, что психологическая помощь должна осуществляться: командирами, психологами, медицинскими работниками, психологическим активом, самими военнослужащими; в пунктах психологической работы, медицинских подразделениях, воинских подразделениях; на различных этапах эвакуации; с помощью простых физиологических, психологических, социально-психологических и медикаментозных средств и способов.

Твердость — ориентирует на приоритетное выявление лиц, симулирующих боевую психическую травму; на восстановление боеспособности, а не абсолютного психического здоровья; на соблюдение пострадавшими формы одежды, включение их во временные подразделения, вовлечение в простейшие формы активности»¹.

И. О. Котенев (1997) предложил программу социально-психологической реабилитации сотрудников спецподразделений органов внутренних дел, прибывающих из зоны вооруженных конфликтов (до апреля 2016 г. они входили в состав полиции).

В данной программе отражены задачи психолога подразделения во временной перспективе:

1) *срочные задачи (1–3 дня)* — психодиагностика состояния прибывших сотрудников, организация комплекса реабилитационных мероприятий; беседа с командирами подразделений и семьями прибывающих сотрудников о психологическом состоянии и условиях, необходимых для скорейшей реадaptации;

2) *ближайшие задачи (4–10 дней)* — организация для сотрудников и членов их семей возможности конфиденциального получения консультативной и психотерапевтической помощи; совместно с руководством подразделения обеспечение отдыха сотрудникам (не менее 10 суток) и скорейших выплат денежных средств;

3) *перспективные задачи* — обеспечение постоянного психологического сопровождения (до 5-ти лет по прибытии из командировки), включающего наблюдение за психофизиологическим состоянием, психологическое консультирование, коррекцию, в случае выявления симптомов ПТСР — психотерапевтическое вмешательство, при необходимости — углубленную оценку профессиональной пригодности (медико-психиатрическая и психологическая экспертиза); мониторинг пси-

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 65–66.

хологического климата подразделения; психологическое просвещение личного состава.

В течение недели после 10-дневного отдыха сотрудников осуществить комплекс восстановительных мероприятий, включающий в себя:

1) снятие нервно-мышечного напряжения путем использования физиотерапии, аутотренинга, трансовых техник, элементов телесно-ориентированной терапии, кинезиологии, массажа, парной бани, спортивных игр, турпоходов, физических упражнений, творчества и художественной самодеятельности;

2) оптимизацию взаимодействия сотрудников, разрешение межличностных конфликтов путем осуществления индивидуального и организационного консультирования, проведения психологических тренингов группового взаимодействия с включением в них элементов профессиональной деятельности;

3) индивидуальное психологическое консультирование по личностным проблемам, психокоррекцию и психотерапию;

4) семейное консультирование;

5) организацию совместной работы со специалистами различного профиля: врачами общей практики, психотерапевтами, социальными работниками, юристами и др.

В процессе динамического наблюдения сотрудников органов внутренних дел применяются как индивидуальные, так и групповые формы психологической работы. Для глубинной проработки психической травмы более эффективной считается индивидуальная психотерапия, однако часто психолог органов внутренних дел вынужден проводить *групповую* реабилитацию сотрудников вследствие ограниченности времени и ресурсов.

«Под *реабилитационным тренингом* понимается организованное в специальных группах взаимодействие ветеранов боевых действий, ориентированное на оказание взаимопомощи в разрешении личностных проблем, связанных с их участием в боевых действиях и последующей реадaptацией, в личностном самосовершенствовании и повышении эффективности их социального функционирования. Реабилитационный тренинг включает элементы тренинга личностного роста, тренинга социальных умений и групповой психотерапии»¹.

Задачами групповой реабилитации сотрудников органов внутренних дел являются:

¹ Караяни А. Г. Указ. соч. С. 110.

- 1) разделение с ведущим (и группой) повторного эмоционального переживания травмы в безопасном пространстве и атмосфере принятия;
- 2) обеспечение чувства принадлежности, общности целей, «чувства локтя», комфорта и социальной поддержки;
- 3) возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- 4) избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания отдельного участника;
- 5) обучение методам совладания с последствиями травмы;
- 6) наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий эффект;
- 7) возможность быть в роли того, кто помогает (поддерживает, вселяет уверенность и чувство собственного достоинства);
- 8) уменьшение чувства собственной неполноценности, вины и стыда, развитие доверия, опыт новых взаимоотношений;
- 9) возможность составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Тренинг преодоления тревоги включает технику «биологической обратной связи», релаксационные методы, когнитивное переструктурирование. Последнее служит для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений: тренировка «остановки мыслей» в случае настойчиво возникающих воспоминаний; опознание иррациональных мыслей; заучивание адекватной модели поведения; когнитивное переструктурирование посредством «сократовского» метода задавания вопросов.

Наиболее распространенными видами *индивидуальной реабилитации* методами индивидуальной психотерапии ПТСР являются: поведенческая, когнитивная, психодинамическая, клиент-центрированная (по К. Роджерсу), логотерапия В. Франкла, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, интегративная трансперсональная психотерапия (ИТП), семейная терапия, символдрама, нейролингвистическое программирование (НЛП). Кратко приведем описание некоторых из них.

В *когнитивно-бихевиоральной (поведенческой)* психотерапии центральное место отводится конфронтации пациента с травматическими образами (воспоминаниями) в целях постепенного ослабления симптомов ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности «флэшбэков» и гипервозбуждения.

Существует несколько вариантов поведенческой терапии.

Техника вскрывающих интервенций основана на положении, что при ПТСР действует страх не только релевантных травме стимулов, но и воспоминаний о травме. Метод помогает пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать, снизить уровень дистресса, физиологической реактивности и симптомов «вторжения». Метод необходим для снятия симптомов психофизиологической активации и реакции испуга, навязчивых мыслей, ночных кошмаров и агрессивности. Он противопоказан клиентам, находящимся в кризисном состоянии или психотическом расстройстве (ввиду риска суицида); злоупотребляющим наркотическими препаратами и алкоголем; у которых отсутствуют «флэшбэки» и симптомы «вторжения»; не способным «включать» свое воображение или выдерживать реакцию сильного возбуждения; имеющих выгоду от заболевания или неэффективный опыт прохождения данной терапии в прошлом. При этом подчеркивается, что эффективность терапии зависит от мотивации индивида на лечение и уверенности в достаточном ресурсе для успешного «погружения» в работу.

Когнитивная психотерапия, способствующая переоценке травматических событий, устраняет иррациональные суждения, стереотипные мысли, возникающие на фоне тревоги, приводит к коррекции депрессивного состояния пациента и негативных поведенческих установок: отрицательного отношения к себе, своему жизненному опыту и пессимистичного взгляда в будущее. Данный метод учитывает особенности состояния сотрудников, испытывающих потребность рассказать об обстоятельствах травмы.

А. Д. Демкин, В. В. Иванов, В. И. Круглов предлагают использовать для медико-психологической реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой *«психотерапевтическую технику эмоционального освобождения (Clinical EFT — Emotional Freedom Techniques)*, которая представляет собой комбинированную сомато-когнитивную технику, включающую в себя элементы когнитивно-бихевиоральной, телесно-ориентированной и экспозиционной психотерапии с использованием техник акупунктуры»¹.

Техника Ф. Джербода *ослабление травматического инцидента (ОТИ)* состоит в визуализации и повторном переживании травмы (без

¹ Демкин А. Д., Иванов В. В., Круглов В. И. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств // Известия Российской Военно-медицинской академии. № 3, 2019. С. 125–131.

прерываний, интерпретаций и ободрений), которая приводит к когнитивной переоценке события.

Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (ДПДГ) — метод, предложенный Ф. Шапиро в 1987 г., и хорошо себя зарекомендовавший в психокоррекции и для лечения отдельных симптомов психической травматизации, в настоящее время вызывает наибольшее число споров. В основе метода лежит представление о существовании у всех людей психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активизации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травмирующей информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Основной его компонент — генерация ритмических мультисаккадических движений глаз одновременно с процессом концентрации на травматических воспоминаниях.

Ф. Шапиро считал, что движения глаз запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, которая в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна) (Shapiro, 1989; Neilsen, 1991). Повторяющиеся серии движений глаз, вероятно, приводят к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке¹. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения приобретают конструктивный характер. Методика активизирует естественный процесс самоисцеления, который пациент может контролировать.

Подробно принципы и техника данного метода изложены в руководстве Ф. Шапиро².

В русле психодинамического понимания травму интерпретируют как экстремальное событие, ограниченное во времени (имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта.

Психодинамическая психотерапия ПТСР основывается на теоретической концепции психической травмы З. Фрейда, согласно которой, помимо внешних травматических воздействий, имеются

¹ Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А. С. Ригина. — М. : Независимая фирма «Класс», 1998. — 496 с.

² Шапиро Ф. Указ. соч.

внутренние травмирующие факторы (побуждения и желания).
3. Фрейд считал, что травма является провоцирующим фактором развития невроза, при этом симптомы «вторжения» можно понять как попытки отреагировать на травму.

Задачи психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР отражены в таблице 8.

Таблица 8

Последовательные задачи психотерапии в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние в результате травматического события	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения)
Невыносимые наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
«Застревание» в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помочь повторно пережить травму, установить контроль над воспоминаниями. В ходе припоминания оказывать помощь в структурировании и выражении переживаний; при возрастающей доверительности отношений — обеспечить дальнейшую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания	Помочь переработать ассоциации, связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа «Я» и образов других людей. Помочь установить связи между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом «Я» и планами на будущее
Независимая переработка мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

Нейролингвистическое программирование изменяет в сознании психический образ травмирующей ситуации, дает возможность получить доступ к скрытым психическим ресурсам человека и изменить, таким образом, его психическое состояние. Это достигается с помощью различных техник. Например, техника «тройной диссоциации» позволяет путем диссоциативной формы восприятия пересмотреть «со стороны», преобразовать и интегрировать психотравмирующий опыт, оставаясь эмоционально не вовлеченным и располагая всеми ресурсами

личности¹. Техника «шестишагового рефрейминга» направлена на формирование более адекватных способов поведения путем разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов, повышения уверенности в своих способностях, а также путем выведения на сознательный уровень истинных мотивов и целей поведения. Техники «визуально-кинестетической диссоциации», «интеграции якорей» и «взмаха» позволяют редуцировать негативную фиксацию на травме и изменить ригидные стереотипы поведения. Перечисленные и другие техники НЛП могут быть использованы как основные (в остром травматическом периоде) или как вспомогательные в составе других психотерапевтических приемов.

Эриксоновский гипноз, осуществляемый в рамках краткосрочной психотерапии (6–12 сессий), позволяет путем косвенной суггестии активизировать подсознательные процессы, являющиеся для человека источником ресурсов, а затем отреагировать травмирующую ситуацию. В результате происходит реорганизация психики комбатанта, негативные переживания подвергаются значительной нейтрализации, уменьшается эмоциональная напряженность, раздражительность, улучшается сон. Индивид получает возможность более конструктивно (без прежней эмоциональной вовлеченности) переосмыслить события прошлого и принять их, найти пути выхода из кризисной ситуации, сформировать «образ достижения» привлекательного будущего. Для достижения стойкого эффекта и успешного преодоления текущих жизненных стрессов участникам боевых действий рекомендуется обучаться самогипнозу.

Гештальт-терапия эффективна при наличии невротических, тревожных, фобических, депрессивных и некоторых психосоматических расстройств, наблюдаемых при ПТСР, а также в случае интрапсихических и межличностных конфликтов, суицидальных тенденций, нарушений сна и повышенной агрессивности. Гештальт-терапия стимулирует процесс совладания с травмой за счет ассимиляции вытесненного материала, создания внутреннего источника опоры и оптимизации процессов саморегуляции. Мишенью терапевтического воздействия является симптом ПТСР — неспособность строить планы на длительную жизненную перспективу, избегать отношений, поэтому необходимо восстановить способность человека к контакту с самим собой и окружением, а также работа с механизмами его прерывания. Другой симптом ПТСР — агрессия, которая проецируется на окружающих, — связан с избеганием ответственности за свои действия. В этом случае су-

¹ См.: Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. — М. : Эксмо, 2005. — 960 с.

прессивная техника помогает индивиду осознать свои чувства и начать реагировать более адекватно.

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия) широко применяется в целях лечения нейровегетативных и коммуникативных нарушений, неврозов, депрессий непсихотического уровня, тревожно-фобических и психосоматических расстройств психогенного уровня. Цель психотерапии — вывести на сознательный уровень вытесненные тенденции путем переноса (трансфера) символических образов и действий на реальное поведение индивида. Субъект последовательно проходит мотивы, символически отражающие индивидуальные проекции его личности (эмоции, уровень притязаний, бессознательные желания, защитные установки, страхи и др.). Для лиц, страдающих ПТСР, для проработки актуальных конфликтов, фобических реакций, формирования установки на самостоятельное решение проблем и скорейшей социальной адаптации используют мотивы луга, горы, представление реальных ситуаций, позволяющих добиться быстрой динамики состояния. Для коррекции личностных особенностей применяют: мотив луга, реки, плавания на лодке без весел, купания (для снижения тревожности, напряженности, симптомов «избегания»); переправы через реку (для стимуляции ресурсов преодоления препятствий); мотив дома (для проработки «социальной маски», оценки готовности к общению, раскрытия подсознательной информации, полученной в детстве, семье); мотив горы (для проработки эдипова комплекса, целеполагания); мотив подъема в гору и открывающейся с ее вершины панорамы (для социальной адаптации — проработки тематики достижения успеха); мотив неизвестного существа, выходящего из темной пещеры (для проработки фобий, вытесненных страхов)¹.

Применение символдрамы противопоказано при психозах, истерических расстройствах, тяжелых депрессивных состояниях, так как может спровоцировать галлюцинации и суицидальные попытки. Данный метод не эффективен при церебрально-органическом синдроме, невысоком интеллекте (сниженной способности визуализировать образы) и низкой мотивации к лечению.

Клиент-центрированная психотерапия (по К. Роджерсу) необходима для осознания новых перспектив и возможностей возвращения к нормальной жизни путем взгляда на их жизненную ситуацию «со стороны», а также с помощью выражения своих чувств, осознания причин текущего состояния и принятия собственной ответственности за него. В результате снижается страх перед будущим, изменяются уста-

¹ Малкина-Пых И. Г. Указ. соч.

новки по отношению к другим людям, исчезает ощущение изоляции, возникает стремление действовать.

Логотерапия В. Франкла. Поскольку психическая травма деформирует образ привычной «картины мира», в структуру ПТСР входит симптоматика, соответствующая проявлениям неврозов с потерей смысла жизни. В этих случаях применяется методика «сократовского диалога», позволяющая раскрыть новый или осознать альтернативный смысл жизни: если будет смысл в каждом моменте жизни — он будет и во всем существовании в целом. В. Франкл считал, что человек способен найти смысл своего существования даже в безвыходных ситуациях. Найдя собственный уникальный смысл, человек в дальнейшем сам несет ответственность за его осуществление. При этом важно осознавать, что активная деятельность, интерес и вовлеченность в жизнь — наиболее эффективные средства против бессмысленности существования. Обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить — эти формы вовлеченности обогащают человека и являются мощнейшим противовесом ощущению утраты смысла жизни.

Семейная психотерапия направлена на коррекцию характерологических особенностей и межличностных отношений супругов, ликвидацию неадекватных форм реагирования участников боевых действий, гармонизацию семейных отношений в целом. Основным методом является групповая психотерапевтическая дискуссия, которая строится в системе трехкомпонентной структуры межличностного взаимодействия (когнитивного, аффективного, поведенческого) и реализуется в интроиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной плоскостях личности. Используются также психогимнастика, музыкотерапия и др.

В исследованиях было установлено, что с увеличением периода времени, прошедшего с момента выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, возрастают, а по прошествии 3 лет стабилизируются симптомы «вторжения», «избегания» и физиологической гипервозбудимости. Линейно нарастают невротический контроль, пессимистичность, социальная интроверсия. Прогрессиентно снижаются оптимистичность, дистресс, воспоминания о психотравмирующих событиях. В период от 1,5 до 3 лет после выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, возрастает число лиц с признаками эмоциональной лабильности, ригидности, непродуктивной напряженности, хронически накопившегося утомления, истощения энергоресурсов.

В таблице 9 представлена последовательность реабилитационных мероприятий в соответствии с периодами максимального развития последствий служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности.

Таблица 9

Мишени воздействия и реабилитационные мероприятия, соответствующие периодам последствий служебно-боевой и оперативно-служебной деятельности

Период последствий	Мишени воздействия	Реабилитационные мероприятия
от 1 года до 3 лет	<i>Линейно нарастают:</i> — симптомы «гиперактивации»; — замкнутость; — тревожность; — психическое напряжение и утомление. <i>В начальный период компенсируются, а после 3 лет нарастают:</i> — ригидность; — социальная интроверсия; — пессимизм. <i>По прошествии 3 лет компенсируются:</i> — симптомы ПТСР — эмоциональная лабильность; — интеллектуально-мнестические нарушения	1) Когнитивно-бихевиоральная психотерапия; эриксоновский гипноз; ДПДГ; НЛП; телесно-ориентированная терапия (ситуативно-образное отреагирование боевых эпизодов; разблокирование телесных ощущений, зрительных воспоминаний и др.); гештальт-терапия, психодинамическая терапия, поэтапная терапия Горовитца (помощь в установлении контроля над воспоминаниями, структурировании и выражении переживания, устранении депрессивных, тревожных расстройств); групповая психотерапия: тренинги коммуникативной компетентности, преодоления тревоги (обучение конструктивным способам разрешения конфликтов и адекватным копингам, дезактуализация тревожных опасений); семейная психотерапия (гармонизация отношений); техники эмоционального освобождения, релаксации, аутогенной тренировки, дыхательной гимнастики; приемы йоги; точечный массаж; гидротерапия. 2) Психофармакологическая терапия. 3) Лечение соматической патологии
от 4 и более лет	<i>Линейно нарастают:</i> — заболеваемость; — чувство вины; — неадекватность самооценки; — социальная пассивность	1) Лечение соматической патологии. 2) Когнитивная, психодинамическая, клиент-центрированная психотерапия, логотерапия В. Франкла (изменение иерархии ценностей, восстановление образа «Я», самоуважения и др.), гештальт-терапия, символдрама (вина, пассивность, психологические защиты)

Таким образом, рассмотренные выше методики не являются исчерпывающими в данном направлении, но отражают многообразие существующих психотерапевтических подходов к реабилитации ПТСР. Развитие негативных последствий служебной деятельности и проявлений посттравматического стресса в значительной степени зависят от личностных особенностей сотрудников органов внутренних дел, смыслового содержания травматических событий, а также контекста, в котором эти события происходят. Поэтому не важно, какой подход, метод или техника применяется в реабилитации психической травмы. Значение имеет эффективная профилактика, раннее начало и адекватность проводимых коррекционных и реабилитационных мероприятий, социальная поддержка со стороны общества, коллег, семьи и близких, а также высокая квалификация оказывающего помощь психолога.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятиям «реабилитация», «психофизиологическая реабилитация», «психологическая реабилитация».
2. Охарактеризуйте профессиональные ситуации органов внутренних дел по степени их экстремальности и перечислите психотравмирующие факторы служебно-боевого и личного характера.
3. Сформулируйте понятия «психическая травма», «боевой стресс» и назовите их отличие от стрессовой адаптации.
4. Перечислите донозологические последствия деятельности в экстремальных (особых) условиях.
5. Опишите патопсихологические последствия выполнения оперативно-служебных задач в экстремальных условиях службы.
6. Перечислите симптомы острого и посттравматического стрессового расстройства и методы их реабилитации.
7. Сформулируйте показания к медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.
8. Перечислите категории сотрудников, подлежащих медико-психологической реабилитации.
9. Назовите порядок и места проведения медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел.
10. Каковы особенности психологического сопровождения и реабилитации сотрудников органов внутренних дел, выполняющих задачи оперативно-служебной деятельности в особых условиях?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психологическая интервенция способствует решению одной из важнейших задач, возложенных на психолога. Способность осуществлять, психологическое развитие, коррекцию и реабилитацию в органах внутренних дел, основываясь на различных направлениях, видах и моделях психологической помощи, демонстрирует высокий уровень квалификации специалиста.

В учебном пособии приведены материалы, помогающие начинающему психологу сориентироваться в основных направлениях и методах психологической коррекции и реабилитации зарубежной и отечественной практики. Рассматриваются психоаналитические направления основных представителей классического психоанализа, а также их методы. Когнитивно-поведенческое направление представлено такими учеными, как Аарон Бек и Альберт Эллис, а также их последователями, описываются наиболее популярные техники когнитивно-поведенческой терапии. Уделяется внимание телесно-ориентированному направлению Вильгельма Райха. Отдельный вопрос посвящен патогенетическому подходу Владимира Николаевича Мясищева и его последователей.

Отдельная тема посвящена формам психологической коррекции и реабилитации в деятельности психолога органов внутренних дел, особенностям индивидуальной и групповой психологической коррекции. Особое внимание уделяется психокоррекционной работе психолога с сотрудниками органов внутренних дел, где анализируются такие вопросы как: психологическая коррекция негативных эмоциональных состояний; психокоррекционная работа с сотрудниками, нуждающимися в повышенном психолого-педагогическом внимании; психологическая коррекция психологического климата, взаимоотношений между сотрудниками, а также психологическая коррекция семейно-бытовых отношений.

Психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел посвящена отдельная (шестая) тема данного учебного пособия, в которой подробно изложены причины психической травмы, «мишени» и методы психологической реабилитации, поскольку своевременно оказанная профессиональная психологическая помощь позволяет повысить эффективность выполнения профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные правовые акты¹

1. Федеральный закон от 07.02.2011 г. № 3-ФЗ «О полиции».
2. Федеральный закон от 30.11.2011 г. № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 г. № 1259 «Об утверждении правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации».
4. Приказ МВД России от 10.01.2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».
5. Приказ МВД России от 02.09.2013 г. № 660 «Об утверждении Положения об основах организации психологической работы в органах внутренних дел Российской Федерации».
6. Приказ МВД России от 25.12.2020 г. № 900 «Вопросы организации морально-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел Российской Федерации».

Основная литература:

1. Авдиенко Г. Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий : учебник и практикум для вузов. — Москва : Изд-во Юрайт, 2023. — 299 с.
2. Артюхова Т. Ю., Шелкунова Т. В. Психокоррекция и психотерапия : учебное пособие. — Красноярск : Сибирский федеральный ун-т, 2019. — 170 с.
3. Белашева И. В., Есаян М. Л., Польшакова И. Н. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие. — Ставрополь : Северо-Кавказский федеральный ун-т, 2019. — 200 с.
4. Вахнина В. В. Психотехнологии в деятельности руководителя органа внутренних дел Российской Федерации : учебное пособие / В. В. Вахнина, О. С. Возженикова, И. В. Ефимова и др. — Москва : Академия управления МВД России, 2022. — 104 с.

¹ Все нормативные правовые акты приведены в соответствии с официальным интернет-порталом правовой информации pravo.gov.ru.

5. Стрельникова Ю. Ю., Баринова М. Г., Пряхина М. В. Психологическая коррекция и реабилитация : учебное пособие. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2021. — 148 с.

6. Эксакусто Т. В., Кибальченко И. А. Психотехнологии развития интеллектуального и личностного ресурса : учебное пособие. — Ростов-на-Дону : Южный федеральный ун-т, 2019. — 193 с.

Дополнительная литература:

1. Абрамова Г. С. Психологическое консультирование: теория и практика. — Москва : Прометей, 2018. — 362 с.

2. Булгаков А. В., Митасова Е. В. Психологическая реабилитация: возвращение к реальности : монография / под общ. ред. А. В. Булгакова. — Москва : Московский государственный областной ун-т, 2018. — 148 с.

3. Караяни А. Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (Психология боевого стресса и стресс-менеджмента) : учебное пособие. — Москва : Военный ун-т, 2018. — 152 с.

4. Левкин В. Е. Социально-психологический тренинг для психолога : учебное пособие. — Москва; Берлин: DirectMEDIA, 2016. — 208 с.

5. Левкин В. Е. Тренинг конфликтнезависимости : учебное пособие. — Москва; Берлин: DirectMEDIA, 2016. — 165 с.

6. Мальцева Т. В., Шумилина И. В. Аутосуггестивные приемы в деятельности руководителей органов внутренних дел : учебное пособие. — Москва : Академия управления МВД России, 2021. — 40 с.

7. Психологическое консультирование : учебное пособие / М. В. Пряхина, Т. В. Мальцева, А. С. Душкин [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2022. — 204 с.

8. Стрельникова Ю. Ю. Психологические последствия участия сотрудников органов внутренних дел в контртеррористической операции : монография. — Санкт-Петербург : СПбУ МВД России, 2020. — 256 с.

9. Хухлаева О. В., Хухлаев О. Е. Психологическое консультирование и психологическая коррекция : учебник и практикум для вузов. — Москва : Юрайт, 2021. — 423 с.

10. Човдырова Г. С., Клименко Т. С. Клиническая психология: общая часть : учебное пособие. — Москва : Юнити-Дана, 2017. — 247 с.

Для заметок

Учебное издание

Стрельникова Юлия Юрьевна,
доктор психологических наук, доцент;
Баринова Марина Геннадьевна,
кандидат психологических наук, доцент;
Пряхина Марина Васильевна,
кандидат психологических наук, доцент

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ
(РАЗВИТИЕ, КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ)**

Учебное пособие

Редактор *Шереметьева Т. Л.*
Компьютерная верстка *Душкова А. Ю.*
Дизайн обложки *Шеряй А. Н.*

ISBN 978-5-91837-733-8



EDN VXQXTV



Подписано в печать 20.05.2023. Формат 60x84¹/₈
Печать цифровая. Объем 11,25 п. л. Тираж 40 экз. Заказ № 42/23

Отпечатано в Санкт-Петербургском университете МВД России
198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1